UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEMINARIO DE TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"IMPACTO DE LOS SUCESOS VITALES EN LA SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"

POR
CONSTANZA ALVARADO MARTÍNEZ
MARION MOLINA NÚÑEZ
ANDRES NAVEA GALLEGUILLOS

PROFESORA
CLAUDIA MIRANDA CASTILLO

VALPARAÍSO, 19 DE DICIEMBRE DE 2015

INDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN 5
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS 11
2.1 Pregunta de Investigación 11
2.2 Objetivo General 11
1.3 Objetivos Específicos 11
1.4 Hipótesis 12
3. MARCO CONCEPTUAL Y EMPÍRICO 13
3.1 TERCERA EDAD 13
3.1.1 Datos Epidemiológicos y Demográficos 13
3.1.2 Envejecimiento y Tercera Edad 15
3.1.3 Desarrollo del Concepto de Tercera Edad 15
3.1.4 Caracterización de la Etapa 17
3.1.5 Síntesis 19
3.2 SALUD MENTAL 20
3.2.1 Definición de Salud Mental 20
3.2.2 Definición Clínica de Depresión 24
3.2.3 Definición Clínica de Ansiedad 25
3.2.4 Salud Mental en el Adulto Mayor 26
3.2.5 Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor 29
3.2.6 BIENESTAR SUBJETIVO 34
3.2.7 Definición de Bienestar Subjetivo 34
3.2.8 Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor 36
3.2.9 Síntesis 37
3.3 SUCESOS VITALES 39
3.3.1 Definición de Sucesos Vitales 39
3.3.2 Características de los Sucesos Vitales 41
3.3.3 Sucesos Vitales en el Adulto Mayor 44
3.3.4 Medición de Sucesos Vitales 45
3.4 REGULACIÓN EMOCIONAL 46
3.4.1 Rumiación 50

3.4.2. Crecimiento Postraumático 63
3.4.3 Síntesis 68
4. MARCO METODOLÓGICO 71
4.1 Diseño de investigación 71
4.2 Muestra 71
4.3 Procedimiento 72
4.3.1 Reclutamiento 72
4.3.2 Consentimiento Informado 72
4.4 Instrumentos 73
4.4.1 Características Sociodemográficas 73
4.4.2 Salud Física 73
4.4.3 Bienestar Psicológico 74
4.4.4 Sintomatología Depresiva 75
4.4.5 Nivel de Ansiedad 75
4.4.6 Rumiación 76
4.4.7 Impacto Psicológico de Sucesos Vitales Pasados 76
4.4.8 Escala de Ocurrencia de Acontecimientos Vitales 77
4.4.9 Escala de Pensamiento Rumiativo sobre Sucesos Pasados 78
4.4.9.1 Escala de Crecimiento Personal Asociado a Sucesos Vitales Pasados 78
4.5 Plan de Análisis de Datos 79
5. RESULTADOS 80
5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRFICAS 80
5.1.1 Edad 80
5.1.2 Sexo 81
5.1.3 Estado Civil 81
5.1.4 Nivel Educacional 82
5.1.5 Condiciones Económicas 83
5.2 CARACTERÍSTICAS DE SALUD, PSICOSOCIALES Y CLINICAS 84
5.2.1 Características de salud del adulto mayor 84
5.2.2 Características Psicosociales y Clínicas 87
5.2.3 Función física, síntomas depresivos y nivel de ansiedad 93

5.3 RELACIÓN ENTRE SEXO, SUCESOS VITALES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CARACTERISTICAS CLINICAS DEL ADULTO MAYOR 95
5.3.1 Relación entre Sexo y Variables Clínicas 95
5.3.2 Relación entre Sucesos Vitales y Estrategias de Afrontamiento 97
5.3.3 Relación entre Sucesos Vitales, Estrategias de Afrontamiento, Estilo Rumiativo, Nivel de Ansiedad, Sintomatología Depresiva y Apoyo Social 98
5.3.4 Correlación entre Sucesos Vitales, Crecimiento Personal y Rumiación sobre Sucesos Vitales 100
5.3.5 Correlación entre Estilo Rumiativo, Depresión y Ansiedad 103
5.3.6 Relación entre Función física, Sintomatología Depresiva, Nivel de Ansiedad y Bienestar Psicológico 104
5.3.7 Relación entre Apoyo Social y Variables Clínicas 105
5.4 Modelo de Impacto de Sucesos Vitales de los Adultos Mayores Autovalentes 106
6. DISCUSIÓN 107
6.1 Características Sociodemográficas 107
6.2 Características de Salud 108
6.3 Características de Percepción de Soledad y Aburrimiento 110
6.4 Características de Sucesos Vitales 111
6.5 Características de Crecimiento Personal y Rumiación sobre Sucesos Vitales 111
6.6 Factores Clínicos, Psicosociales y Salud Mental 113
6.6.1 Relación entre Sucesos Vitales, Crecimiento Personal y Rumiación 113
6.6.2 Relación entre Bienestar Psicológico y Variables Clínicas 113
6.6.3 Relación entre Crecimiento Personal y Sintomatología Depresiva 115
6.6.4 Relación entre Rumiación y Sintomatología Depresiva con Nivel de Ansiedad 116
6.6.5 Relación entre Sexo y Variables Clínicas 117
6.6.6 Relación entre Función Física y Variables Clínicas 118
6.6.7 Relación Apoyo Social y Variables Clínicas 119
7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES 121
8. CONCLUSIONES 123
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 126
Anexo 1 136

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años en la mayoría de los países, en distintos grados, ha disminuido el nivel de fecundidad y ha aumentado la esperanza de vida de la población, lo que ha derivado en que la población de adulto mayor se ha incrementado de forma significativa. De hecho, a nivel mundial el número de personas que supera los 60 años, según el Fondo de Población de Naciones Unidas (FPNU, 2014) corresponde al 12%, en donde se destaca un mayor porcentaje en regiones más desarrolladas llegando a ser de un 23,3 % de la población. Según la misma FPNU se estima un crecimiento de adultos mayores para el año 2025 de 1200 millones de adultos mayores y para el año 2050 se estima que uno de cada cinco habitantes del planeta superará los 60 años, es decir el 21.2 % de la población total.

En Chile, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe se ha observado un cambio continuo en la estructura demográfica de la población, que se caracteriza principalmente por un proceso de envejecimiento acelerado (Szot, 2003). Según un informe entregado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) la población total estimada en Chile para el año 2014 corresponde a 17.819.054 habitantes, de los cuales 2.578.823 son personas mayores de 60 años o más, lo que representa el 15% de la población total del país. De estas, el 55,4 % corresponde a mujeres y el 45,6% a hombres (INE, 2014). Para el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Chile está pasando por una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población, con bajas tasas de natalidad y mortandad, y un aumento de la esperanza de vida que supera los 78 años de edad. Esto explica en gran medida el aumento progresivo de la proporción de las personas

de 60 años y más con respecto a la población total, y se proyecta que para el año 2025 3.825.000 habitantes superen la edad de 60 años, lo cual representaría el 20% de la población chilena (SENAMA, 2013). De esta manera y en base a la información entregada por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) realizada por el Ministerio de Desarrollo Social, en el año 2013, se puede observar que la población de 60 años y más presenta una tasa de crecimiento sostenido en comparación a la población adulta e infantil, la cual irá disminuyendo progresivamente. El índice de envejecimiento, que expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de menores de 15 años, arroja un valor de 80.0, lo cual se traduce en que existe una relación de 80 adultos mayores por cada 100 niños (CASEN, 2013).

Por esta razón y dentro del contexto nacional, en el año 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) desarrolla la "Política Integral de Envejecimiento Positivo" 2012-2015. Esta política, que está orientada a mejorar los niveles de bienestar subjetivos de los adultos mayores, tiene como objetivos centrales: proteger la salud funcional del adulto mayor, mejorar su integración a la sociedad, e incrementar sus niveles de calidad de vida (SENAMA, 2012). En este sentido, el concepto de salud mental cobra gran relevancia, ya que se entiende como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", lo cual permite un óptimo desarrollo individual y social en cualquier etapa de la vida. (OMS, 2008).

Según la organización mundial de la salud (OMS) los trastornos mentales representan el 13% de la carga de morbilidad mundial, siendo la depresión la segunda causa principal de

discapacidad. En el caso del adulto mayor se estima que un 20% de las personas mayores de 60 años sufre algún trastorno mental, y el 6,6 % de discapacidad en este grupo etario se atribuye a esta condición. La depresión junto con la demencia y los trastornos de ansiedad, son los trastornos más frecuente, afectando a un 7% de los adultos mayores en el caso de la depresión y a un 3,8 % en el caso de ansiedad. Si bien la salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida, la evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales en esta etapa es más confuso, y por lo general es ignorado, dado que los síntomas suelen presentarse en muchos casos acompañados de otros trastornos o enfermedades, por lo cual se atribuyen a otras causas (OMS, 2013). Esta situación es de gran relevancia dado que en la población de adultos mayores las tasas de depresión suelen disminuir, por lo que el trastorno puede presentarse de modo atípico, no cumpliendo en totalidad con los criterios clínicos establecidos para depresión mayor (MINSAL, 2013). Del mismo modo, es importante considerar que una alta prevalencia de signos y síntomas ansiosos y depresivos es considerado un factor de riesgo importante para la salud mental del adulto mayor, puesto que en esta etapa de la vida se experimentan un conjunto de eventos y cambios, muchas veces negativos y altamente estresantes, que determinan en gran medida la salud mental del adulto mayor (MINSAL, 2013).

Durante el transcurso natural de la vida, las personas se enfrentan en mayor o menor medida a distintas situaciones que pueden tener el potencial de alterar la salud física o mental; según Goodyer (1990) estos eventos reciben el nombre de *sucesos vitales*. Para que una situación se considere del carácter de suceso vital, debe ser suficientemente significativa para la historia personal del sujeto y requerir de algún tipo de cambio por parte

de éste respecto de su ajuste habitual (Holmes, citado en Sandin, 2003). La valoración cognitiva que hace la persona del evento vital dependerá no sólo de las cualidades objetivas del evento en sí, sino también de las características individuales de la persona en particular que se enfrenta al acontecimiento, siendo importantes también variables como el contexto social y familiar en el cual el evento tiene lugar, ya que el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva.

La importancia de los eventos vitales radica principalmente en que estos pueden influir tanto de manera positiva como negativa de acuerdo a sus consecuencias. Así los sucesos vitales pueden ser adaptativos y tener un efecto fortalecedor que prepara a la persona para hacer frente a futuros problemas y adversidades, o por el contrario, ser debilitantes y aumentar la sensibilidad y vulnerabilidad de la persona para encarar nuevas dificultades (Buendía & Mira, 1993) En el primer caso, esto se puede traducir en un crecimiento personal y en el segundo, esto puede devenir en pensamientos repetitivos negativos acerca del suceso vital pudiendo ser esto un predictor de perturbaciones en salud mental.

Los sucesos vitales son hechos que cada persona significa de forma diferente, según su propia experiencia y percepción de los mismos. De esta manera, existen innumerables formas de afrontar estas situaciones dependiendo de cada persona en particular. Una de las formas más óptima de resolución de conflictos emocionales es el *crecimiento personal*, que se puede definir como el resultado de un proceso de individuación y de asunción de la responsabilidad sobre la propia vida y sobre las repercusiones que nuestra forma de vivir tiene sobre los demás, se puede entender la madurez como resultado del proceso de haber aceptado la vida interior como algo dinámico, cambiante y no determinado, lo que a su vez

conlleva la idea de proceso continuo (Rodriguez-zafra,2003). Estos planteamientos, junto a la consideración del hombre como un ser libre no determinado aunque sí condicionado, que puede elegir cómo, por qué y para qué quiere vivir su propia vida, sientan las bases del concepto de crecimiento personal, para describir el proceso a través del cual se van alcanzando estados más elevados de madurez.

Otra forma de enfrentar los sucesos vitales es el pensamiento repetitivo y/o persistente. Watkins (2008) señala como ejemplos de conceptos que se han propuesto y que pueden ser englobados dentro de la noción de formas repetitivas de pensamiento, a la preocupación, rumiación, cognición perseverativa, procesamiento emocional, procesamiento cognitivo, simulación mental, reflexión, resolución de problemas, entre otros. Dentro de estos conceptos, uno de los que ha cobrado mayor importancia es el de rumiación. Si bien se han generado variadas conceptualizaciones respecto de este constructo, la que ha tenido una mayor difusión la describe como el pensamiento pasivo y repetitivo sobre el malestar anímico y/o depresión que se estén experimentando, y sobre sus posibles causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, 2004). De allí que esta forma de conceptualizar la rumiación reciba también el nombre de rumiación depresiva (Papageorgiou & Wells, 2004).

Nolen-Hoeksema (1991) en su teoría sobre estilo de respuesta sostiene que este pensamiento pasivo, repetitivo y focalizado en los propios estados de tristeza y abatimiento contribuye a la severidad y mantención del ánimo y trastornos depresivos. Estas nuevas definiciones han estimulado distintas investigaciones relativas a la rumiación y sus efectos, en las cuales se ha observado que la rumiación es un modo de afrontamiento y regulación emocional que tiene cierta estabilidad en el tiempo. Además, se ha confirmado que la

rumiación exacerba negativamente tanto el ánimo como la memoria autobiográfica y dificulta la resolución de problemas, interfiere en el afrontamiento activo, mantiene y potencia los estresores negativos, y disminuye el apoyo social en el largo plazo (Nolen-Hoeksema, 2004; Papageorgiou & Wells, 2004).

Otros estudios transversales y longitudinales han logrado relacionar la rumiación con el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos en la población general y en adolescentes. La relación entre rumiación y otros efectos negativos y problemas psicopatológicos, además de la depresión, ha sido menos explorada, aunque existe una relación entre rumiación y ansiedad que es mucho menos categórica respecto de la relación con síntomas y trastornos depresivos (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007; Thomsen, 2006).

Tomando en consideración lo planteado anteriormente, es importante conocer la relación que se establece entre los eventos vitales y la rumiación, factores que incrementan la vulnerabilidad psicológica, y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en el adulto mayor. Lo anterior se debe a que la sintomatología depresiva y ansiosa tiene una alta prevalencia en la población adulto mayor, afectando significativamente la funcionalidad y calidad de vida de las personas. Es por este motivo que resulta relevante establecer si la existencia de pensamientos rumiativos sobre los sucesos vitales determina la presencia de esta sintomatología. De la misma manera los resultados derivados de esta investigación pueden ser contribuyentes para los distintos programas planificación de prevención de riesgos en adultos mayores.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Pregunta de Investigación

- ¿Cuál es el impacto que tiene los sucesos vitales en la salud mental de los adultos mayores?

2.2 Objetivo General

- Determinar el impacto de los sucesos vitales en la salud mental del adulto mayor, según los mecanismos de afrontamiento (pensamiento rumiativo y crecimiento personal).

1.3 Objetivos Específicos

- Describir los sucesos vitales, pensamiento rumiativo, crecimiento personal, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y bienestar psicológico de los adultos mayores.
- Determinar si existe una relación entre los sucesos vitales, "mecanismos de afrontamiento" y sintomatología depresiva.
- Determinar si existe relación entre los sucesos vitales, "mecanismos de afrontamiento" y sintomatología ansiosa.
- Determinar si existe relación entre los sucesos vitales, "mecanismos de afrontamiento" y bienestar psicológico.

- Determinar si los “modos de afrontamiento” son mediadores entre sucesos vitales y salud mental.

1.4 Hipótesis

- La relación entre sucesos vitales y salud mental del adulto mayor es mediada por los “mecanismos de afrontamiento”.
- A mayor uso de pensamiento rumiativo, sobre un suceso vital, aumenta la sintomatología depresiva en el adulto mayor.
- A mayor uso de pensamiento rumiativo, sobre un suceso vital, aumenta la sintomatología ansiosa en el adulto mayor.
- A mayor uso de pensamiento rumiativo, sobre un suceso vital, disminuye el bienestar psicológico del adulto mayor.
- A mayor uso de crecimiento personal, sobre un suceso vital, mayor será el bienestar psicológico del adulto mayor.

3. MARCO CONCEPTUAL Y EMPÍRICO

3.1 TERCERA EDAD

3.1.1 Datos Epidemiológicos y Demográficos

De acuerdo a la literatura, podemos distinguir dos tipos diferentes de envejecimiento; el individual y el poblacional o demográfico. El envejecimiento individual es un proceso natural de la vida, irreversible y propio de la evolución humana, mientras que el envejecimiento poblacional es un proceso de transición demográfica que ocurre en las sociedades, y que se caracteriza por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes. (SENAMA, 2009).

El envejecimiento demográfico es un fenómeno que deriva de un conjunto de cambios, tanto culturales, sociales, políticos y económicos, que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad (SENAMA, 2009). De acuerdo a los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el proceso de envejecimiento de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. La proporción de adulto mayor en los países desarrollados, para el 2007, era de un 28% y la de los países en desarrollo un 8%. En el año 2002, casi 400 millones de personas mayores de 60 años vivían en países en vías de desarrollo. Se espera que para el año 2025, esta cifra incremente hasta los 840 millones aproximadamente, lo que representaría el 70% de todas las personas mayores del mundo.

Para América Latina y el Caribe se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14,25% (Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES], 2004). Actualmente se observa que en Latinoamérica el envejecimiento se está dando a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. Además se presenta en un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una sobrecargada institución familiar que, junto con hacerse cargo de las necesidades de las personas de más avanzada edad, se hace responsable de los vacíos derivados de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y de cohesión (Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe [CEPAL], 2007). Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

En Chile, según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), el 15% de la población total del país son personas mayores de 60 años. De este porcentaje el 56% corresponde a mujeres, de las cuales el 9,9% se encuentra en el rango etario de 60-74 años y un 4,3% de 75 o más años. Por otra parte, el 44% son hombres, de los cuales el 8,8% se encuentra entre los 60 y 74 años de edad y el 2,8% de 75 años o más (INE, 2007). Además se estima que para el año 2020, la población adulta mayor del país alcance los 3,2 millones de habitantes, lo cual implicaría un aumento del 45% (INE, 2014).

3.1.2 Envejecimiento y Tercera Edad

El interés de las ciencias sociales por el envejecimiento no es nuevo y ha dado lugar a una serie de construcciones teóricas de mayor a menor alcance. La tarea de sistematizar y ofrecer una visión compacta y relevante ha sido abordada por diferentes autores. Pérez (1997) plantea un principio ordenador que distingue dos grandes dimensiones para reflejar la existencia material y conceptual de la tercera edad como un fenómeno social. La primera de estas dimensiones plantea que la edad es una variable estratificadora que permite comprender la tercera edad como un proceso continuo de la vida. Esta perspectiva utiliza a la edad como un criterio ordenador del ciclo de vida, en donde la situación y la posición social experimentada en esta etapa están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en los periodos anteriores de su vida. Otra de las dimensiones es la que plantea que la tercera edad es un fenómeno social, ya que son las sociedades y sus reglas las que imponen las pautas de comportamiento y de conducta, influyendo en la percepción que se tiene del adulto mayor (Pérez, 1997).

3.1.3 Desarrollo del Concepto de Tercera Edad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia a los 60 años y termina en el momento en que la persona fallece, caracterizándose por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (OMS, 2002). Desde esta perspectiva, el término de vejez es

reemplazado por el concepto de tercera edad como proceso total del ciclo vital. Es decir, no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es parte de un proceso donde el individuo continúa "dialogando" con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores. El ciclo de vida está determinado social e históricamente, ya que es la sociedad la encargada de establecer las pautas sociales que rigen el conjunto de normas, roles, expectativas y status de cada etapa. En esencia, la perspectiva de ciclo de vida nos permite entender a la tercera edad como una etapa más del ciclo de vida, y por ende no debe ser una objeto de exclusión social, ya que se encuentra regida por restricciones y privilegios al igual que otras etapas, como lo son la niñez, la juventud y la adultez (Aranibar, 2001).

De acuerdo a estos planteamientos, a partir del año 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce el término de envejecimiento saludable, el cual ha evolucionado a una concepción más amplia e integradora, como lo es el concepto de envejecimiento activo. El objetivo de esto es hacer del envejecimiento una experiencia positiva que potencie el bienestar físico, social y mental de los adultos mayores. Para esto es necesario generar oportunidades continuas de salud, participación y seguridad que logren satisfacer oportunamente sus deseos y necesidades (OMS, 2002).

3.1.4 Caracterización de la Etapa

Existen diferentes modos de conceptualizar la tercera edad. Por una parte, se encuentra la visión tradicional dominante, basada en los planteamientos del modelo del déficit y del deterioro y por otro lado, aquella visión más actual que responde a lo que se ha denominado "enfoque positivo" sobre el envejecimiento.

La visión tradicional enfatiza los efectos más negativos del envejecimiento, como lo es el deterioro cognitivos, las dificultades motrices, los problemas cardiovasculares, el debilitamiento muscular y óseo y la pérdida de capacidades visuales y auditivas, entre otros. Esta perspectiva tiende a confundir los declives propios del envejecimiento normal con los deterioros presentes en el envejecimiento patológico, como lo son las enfermedades crónicas y los trastornos mentales. Desde este punto de vista la edad cronológica tiene una directa relación con la imagen negativa de las personas mayores, lo que conlleva a la marginación y segregación social de este grupo etario (García, 2000).

Muy próxima esta visión de deterioro, se encuentra la conceptualización de la vejez como "ruptura social". Esta visión pone el acento en temas como el rol y la desvinculación social, y considera el envejecimiento como una forma de distanciamiento social y como un proceso de pérdida progresiva de funciones y papeles sociales. La pérdida y cambio de algunos roles a lo largo del ciclo vital puede acarrear importantes desajustes personales y sociales en individuos de edad avanzada. La jubilación, por ejemplo, puede conducir a un proceso de desestructuración vital, ejerciendo efectos negativos inmediatos que hacen disminuir los niveles de autonomía personal y pertenencia social, aumentando así los

niveles de dependencia, los sentimientos de insatisfacción personal y los índices de ansiedad y depresión. En consecuencia, la vejez como ruptura social significa básicamente asumir que los adultos mayores son personas sin una función social, por ende solo es una etapa de preparación y antesala de la muerte (García, 2000).

Peter Laslett (1989) plantea un nuevo modo de conceptualizar el curso vital, distinguiendo cuatro niveles o tramos de edad. Según esta categorización, los adultos mayores se encuentran en la "tercera edad"; y esta se caracterizaría por ser una época de realización personal. Este planteamiento considera a la tercera edad como la edad del "apogeo de la vida", al ser un momento para la plena realización personal y el desarrollo de la creatividad, liberado de las responsabilidades de la "segunda edad" y no aquejado todavía por las sombras de la "cuarta edad", época de dependencia final, decrepitud y muerte. Resulta evidente que este planteamiento se podría englobar dentro de lo que se ha denominado "enfoque positivo", el cual busca modificar las actitudes negativas hacia esta etapa. Para ello también es necesario desarrollar posibilidades reales de elección, por medio de la modificación y creación de nuevas instituciones, sobre todo en el ámbito de la educación y el empleo. Por último, es fundamental la liberación de los sistemas de ataduras y represión representados por la edad cronológica, la cultura juvenalista y las creencias estereotipadas sobre la vejez.

3.1.5 Síntesis

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible que conlleva un cambio en la funcionalidad de los individuos. Como se ha demostrado, en este proceso intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales que influyen en el nivel de discapacidad funcional que presentan los adultos mayores.

Históricamente han existido distintos enfoques que explican y conceptualizan el proceso de envejecimiento. Por muchos años se abordó el tema de la vejez desde una visión tradicional, que enfatiza los efectos más negativos del envejecimiento. Por ello, el enfoque positivo surge como una forma superar estas creencias, prejuicios y estereotipos negativos de los adultos mayores.

En este sentido, el enfoque positivo considera a la tercera edad como una etapa de crecimiento y desarrollo personal, que se puede vivir de forma productiva, saludable y activa, desde un punto de vista biológico, social y psicológico. Los adultos mayores tienen la capacidad de adaptarse y enfrentar de forma óptima los distintos cambios, por lo cual es fundamental potenciar el funcionamiento cognitivo, promover la participación e inclusión social, aumentar los niveles de bienestar y mejorar las condiciones de salud física y mental.

3.2 SALUD MENTAL

3.2.1 Definición de Salud Mental

Según la organización mundial de la salud (OMS), la salud se puede definir como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(OMS, 2008). Este concepto multidimensional, no se limita solo a los aspectos físicos y biológicos de una persona, sino que también integra las dimensiones psicológicas y sociales de un individuo. En este sentido, la salud mental no se refiere solo a la ausencia de trastornos mentales, sino que es un estado de bienestar que les permite a las personas adquirir las capacidades necesarias para afrontar las tensiones de la vida cotidiana, permitiendo así un óptimo desarrollo individual y social (OMS, 2008). En la salud mental, el bienestar está determinado por el nivel de satisfacción que una persona percibe en las distintas dimensiones de la vida, ya que implica una evaluación cognitiva y afectiva de cada una de ellas (Maldonado, 2015). La satisfacción incluye condiciones objetivas materiales y sociales, como son; el desarrollo económico, las condiciones materiales y estilo de vida, entre otros. Pero también integra aspectos subjetivos y psicológicos (García & González, 2000).

El bienestar puede ser conceptualizado desde dos perspectivas; la primera corresponde a la tradición hedónica, que estudia el bienestar subjetivo y lo relaciona con la evaluación global que realiza el individuo de las situaciones tanto placenteras como las que no lo son. Esta involucra aspectos como la satisfacción, la felicidad, la espiritualidad y los afectos positivos. Por otro lado está la tradición eudaimónica, que considera al bienestar

psicológico como un indicador del funcionamiento positivo en el individuo, que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal (Vivaldi & Barra, 2010). Desde la perspectiva hedónica el placer (hedoné) es el último fin de la vida humana, por lo cual integra una categoría amplia de fenómenos, incluyendo las respuestas emocionales, afectos, y la satisfacción con la vida. Por otro lado, desde la perspectiva eudaimónica, el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal son indicadores del funcionamiento positivo (Rodríguez, Díaz, Moreno, Blanco, & van Dierendonck, 2010).

Ryff desarrolló un modelo multidimensional de Bienestar, en cual propone seis dimensiones de bienestar psicológico, las cuales incluyen la evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (autoaceptación); un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal); la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida); el desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros); la capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio ambiental); y un sentido de autodeterminación personal (autonomía) (Ryff C. citado en Vivaldi & Barra, 2010).

Una valoración positiva respecto al grado de bienestar y satisfacción general de la vida y de la capacidad funcional tanto física, social y psicológica en el adulto mayor aumenta la calidad de vida de las personas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida se puede definir como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, estándares e inquietudes"

(OMS, 2014). Esto significa que la calidad de vida es un concepto que debe integrar dos dimensiones; en primer lugar una dimensión objetiva y medible, que es el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción material e inmaterial de distintas necesidad, mejorando las condiciones de vida, y en segundo lugar una dimensión subjetiva, que integra las percepciones que tienen las personas respecto a tales necesidades, así como el nivel de satisfacción con el contexto social, ambiental, psicológico y de salud. Para el adulto mayor, una buena calidad de vida propicia un mejor autocuidado y un funcionamiento ocupacional, interpersonal y personal más óptimo (Flores, Colunga, González, Vega, Cervantes, Valle & Cruz, 2013). Además, permite adaptarse de mejor forma a esta etapa del ciclo vital, ya que se valoran de mejor manera sus capacidades, habilidades y limitaciones frente a la vida diaria (Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas, 2011).

Diversas investigaciones indican que la calidad de vida se relaciona con distintos factores, entre los cuales el bienestar psicológico, el apoyo social, el estado de salud en general y estado de salud mental y físico son de gran importancia, ya que influyen en la evaluación cognitiva y afectiva (Urzúa et al, 2011). Otros estudios han demostrado que la existencia de relaciones significativas y estables con la familia, la pareja o las redes de apoyo formales o informales son factores protectores en la salud mental, ya que disminuyen los efectos negativos de estrés y aumentan los niveles de satisfacción y bienestar en la vida. Es importante el apoyo que percibe cada persona de su entorno (Vivaldi et al, 2010). Del mismo modo, se reconoce que una mala calidad de vida tiene impacto negativo en la salud mental, el bienestar y en la capacidad funcional en la vida diaria de las personas mayores. Los adultos mayores tienen un mayor riesgo a presentar síntomas depresivos, ya que se

asocian a factores como la edad, el apoyo social y familiar, condiciones médicas crónicas o debilitantes que limitan las capacidades funcionales, afectando el bienestar emocional de estos (Tiong, Yap, Choon Huat Koh & Fongand Nan Luo, 2012).

Los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes, altamente incapacitantes y representan el 13% de la carga de morbilidad mundial, y se espera que para el año 2020 representarán el 15% de la discapacidad por enfermedad (OMS, 2013).

La depresión y la ansiedad son estados emocionales disfóricos respecto a la variación normal de la expresión emocional, que alteran significativamente el estado de ánimo, y afectando la calidad de vida de las personas (Navarro & Ávila 2007). En algunos casos la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva puede estar relacionada con la presencia de acontecimientos o situaciones altamente estresantes.

Algunas investigaciones han demostrado que existe una asociación significativa entre la salud mental y el estrés de la vida diaria. Un estudio, que fue llevado a cabo con el fin de establecer la relación que existe entre el estrés de la vida, el agotamiento y la depresión, encontró que existe una relación significativa entre el número de eventos estresantes de la vida y la depresión en ambas muestras. Así mismo se han identificado factores individuales moderadores que aumentan la vulnerabilidad a presentar sintomatología depresiva bajo condiciones adversas (Plieger, Melchers, Montag, Meermann & Reuter, 2015).

3.2.2 Definición Clínica de Depresión

De acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), los episodios depresivos típicos están incluidos dentro del grupo de los trastornos del humor (afectivos), cuya alteración genera un cambio en el humor o efectividad hacía la depresión o la euforia, lo cual implica un cambio significativo a nivel general de la actividad normal previa al episodio (CIE-10, 2010). Según el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V) el trastorno depresivo mayor es uno de los principales cuadros dentro de los trastornos. Este se caracteriza por cambios en el afecto, la cognición, las funciones neurovegetativas, por un periodo de dos semanas o más.

Dentro de los criterios diagnósticos, se deben identificar cinco o más de los siguientes síntomas: (1) estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día, (2) disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, (3) pérdida o aumento importante de peso, (4) insomnio o hipersomnia casi todos los días, (5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días, (6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días, (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días, (9) pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La duración de un episodio depresivo mayor es variable, y los síntomas pueden desarrollarse a lo largo de días o semanas, y causar malestares clínicamente significativos o

deterioro social, laboral o en otras áreas de funcionamiento. Este trastorno puede aparecer por primera vez a cualquier edad, y la probabilidad de que inicie incrementa en la pubertad. Sin embargo se observan inicios en personas mayores de 60 años.

Por otro lado, las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1.5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno, en muchos casos, en la adolescencia temprana (DSM-V, 2014)

3.2.3 Definición Clínica de Ansiedad

La ansiedad es un estado psicológico y fisiológico normal, que se caracterizan por presentar componentes cognitivos, somáticos, emocionales y del comportamiento. De acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el trastorno ansioso, se agrupa dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, debido a que se asocia con la presencia de estrés psicológico (CIE-10, 2010). Según la clasificación del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V), los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de miedo y malestar excesivos y por un tiempo prolongado, así como alteraciones conductuales, como tensión muscular y comportamientos cautelosos y evitativos. Las crisis de pánico, que se presentan en trastornos de ansiedad, son un tipo particular de respuestas al miedo. Una crisis de angustia se define por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, de duración breve, dado que su máxima expresión se

alcanza en los 10 primeros minutos, y los cuales son acompañados de una sensación de peligro o muerte, que genera la necesidad de escapar. Dentro de los criterios diagnósticos, se deben identificar al menos cuatros de los siguientes síntomas; (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, (2) sudoración, (3) temblores o sacudidas, (4) sensación de ahogo o falta de aliento, (5) sensación de atragantarse, (6) opresión o malestar torácico, (7) náuseas o molestias abdominales, (8) inestabilidad, mareo o desmayo, (9) desrealización o despersonalización, (10) miedo a perder el control o volverse loco, (11) miedo a morir, (12) parestesias, (13) escalofríos o sofocaciones.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objeto o situaciones que inducen miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según el tipo de cognición asociada. La comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en la población general es alta. Esta condición disminuye significativamente la calidad de vida y genera altos costos sociales para una persona (Bergman Nordgren, 2014). Los trastornos pueden desarrollarse en la infancia y persistir en la adultez, siendo más frecuentes en mujeres que en varones (en una proporción de 2:1 aproximadamente) (DSM-V, 2014).

3.2.4 Salud Mental en el Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso natural de la vida, durante el cual se producen un conjunto de cambios, tanto biológicos, sociales y psíquicos que influyen en gran medida en

la salud mental del adulto mayor (MINSAL, 2013). A medida que el ser humano va envejeciendo, el cerebro comienza con un proceso de deterioro cognitivo y orgánico que genera cambios químicos en el cerebro. Si bien estas alteraciones pueden afectar algunas capacidades cognitivas, se espera que en el envejecimiento normal muchas de las funciones intelectuales se mantengan a medida que pasa el tiempo, mientras que otras declinan. Entre las principales dificultades cognitivas que se asocian a la tercera edad, se observa una disminución de la capacidad de atención y percepción, enlentecimiento en el procesamiento de información, declive de la memoria a corto plazo y problemas de aprendizaje, entre otros (Durán-Badillo, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez & Vázquez, 2013). Algunas investigaciones indican que el funcionamiento global de las áreas intelectuales cambia con la edad y que las funciones motrices también se ven afectadas, lo cual explica que existan dificultades para aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas en el adulto mayor (González, Carhuapoma, Zuñiga, Mocarro, Aleixo & Silva, 2013). Estudios similares también señalan que un entorno sociocultural favorable en el cual se promueva la participación social, fomenten estilos de vida más saludables y se realicen actividades que potencien y mantengan un estado cognitivo activo, favorecen la salud física y mental del adulto mayor. (Romero, Romero, Orozco & Méndez, 2013).

Se reconoce que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida en los adultos mayores. La tercera edad es una etapa que supone adaptarse a los distintos cambios propios de la edad y a enfrentar diversas experiencias de pérdida y amenazas al bienestar personal. Además, socialmente existe una percepción negativa de la tercera edad, que posiciona a la

población de adultos mayores como un grupo vulnerable dada la inequidad, asimetría y exclusión social en que viven. Diversos estudios han demostrado que para el adulto mayor el deterioro cognitivo, los problemas sociales y una mayor vulnerabilidad ante eventos vitales son factores de riesgo que pueden condicionar un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida (Flores et al, 2013). Estos cambios por lo general van acompañados de otras experiencias negativas y altamente estresantes que pueden disminuir significativamente la funcionalidad y calidad de vida de las personas mayores, lo cual supone además grandes costos económicos y sociales, dado que dificultan una participación plena y efectiva en la sociedad. Entre los eventos vitales, la viudez, la jubilación, los cambios de residencia, la participación social y mayor vulnerabilidad, son lo que más afectan el bienestar del adulto mayor (Vivaldi et al, 2010).

Por otra parte, algunas investigaciones sobre la calidad de vida y la salud del adulto mayor, indican que ciertas características sociodemográficas como la edad y el sexo son indicadores que influyen en la valoración del adulto mayor respecto a su estado funcional y la calidad de vida. En relación a esto, se observa que a mayor edad más altos son los índices de insatisfacción, especialmente en personas que sobrepasan los 80 años (Flores et al, 2013). Otros resultados también evidencian que las mujeres reportan menores niveles de bienestar que los hombres. Cuando el adulto mayor tiene la capacidad de integrarse y desenvolverse de manera eficaz, tanto en su familia como en la sociedad, es capaz de potenciar y mantener un nivel adecuado de bienestar, mejorando su calidad de vida y propiciando un envejecimiento saludable. La percepción que tiene el adulto mayor sobre sí

mismo es de vital importancia, ya que la valoración acerca de su estado de salud y calidad de vida influyen en su salud mental y su capacidad funcional (Vivaldi et al 2010).

3.2.5 Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor

De acuerdo a las estadísticas un 20% de las personas mayores de 60 años sufre algún tipo de trastorno mental, y el 6,6 % de discapacidad en este grupo etario se atribuye a esta condición (OMS, 2014). Los estudios epidemiológicos muestran que la depresión y la ansiedad son trastornos que se puede presentar en cualquier etapa de la vida, aunque la manifestación de los síntomas puede variar dependiendo de la edad. Diversas investigaciones indican que la depresión y la ansiedad están dentro de los trastornos más comunes en la población de adultos mayores, pero su diagnóstico está infravalorado, ya que estos síntomas se atribuyen a un estado normal de la tercera edad, por lo cual las personas mayores tienen menos probabilidades de ser transferido a un especialista de salud mental, en comparación con las personas más jóvenes (Allan, Valkanova & Ebmeier, 2014).

Otra de la características que se pueden observan es la comorbilidad, es decir la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos en el mismos periodo. También se puede presentar acompañados de otros trastornos o enfermedades (OMS.2013). Si bien, la ansiedad y depresión comórbida en los adultos mayores es similar a la de otros grupos etarios, la alta comorbilidad entre los trastornos ansiosos y depresivos en el adulto mayor es un factor de riesgo importante, ya que aumenta el riesgo de presentar un mayor deterioro

cognitivo, reduciendo la eficacia del tratamiento primario. En el caso de la depresión, el cuadro es más severo y crónico, y eleva las tasas de suicidio (Wuthrich & Rapee, 2013).

En el adulto mayor la depresión se puede presentar con un estado de ánimo bajo, además de otros cambios fisiológicos, como son sueño y el apetito. Otra característica que se puede observar es la presencia de ansiedad, lo cual reduce significativamente el interés y el placer por las actividades diarias. La ansiedad es un estado subjetivo de expectación o aprehensión disfórica que es acompañado de un conjunto de manifestaciones psicofisiológicas. En la población mayor la ansiedad puede tener distintos orígenes ya que sus síntomas pueden estar asociados tanto a causas orgánicas, como son las enfermedades físicas o la medicación, así como a causa psicológicas. Los trastornos de ansiedad en el adulto mayor, por lo general son crónicos y han persistido desde la juventud o adultez (Gabay & Fernández, 2005).

Un número importante de estudios han demostrado que en la depresión interactúan un conjunto de factores, tanto cognitivos, biológicos, sociales y psicológicos. En un estudio realizado por Allan, Valkanova & Ebmeier (2014) se observa que los cambios en el rendimiento cognitivo, específicamente la función ejecutiva, dificultan las actividades de planificación, acentúan los problemas de atención y memoria, y dificultan el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia, asumiendo que la demencia también es un factor de riesgo para la depresión (Allan et al, 2014). Como se aparecía, los síntomas cognoscitivos, los problemas de sueño, el retardo psicomotor, la falta de concentración y los problemas de memoria pueden ser más evidentes frente a una depresión, aunque en algunos casos estos

síntomas pueden ser considerados sólo como una manifestación propia del envejecimiento, lo cual dificulta el diagnóstico oportuno (Maldonado, 2015).

Algunas investigaciones destacan la relación entre el deterioro cognitivo y la presencia de enfermedades psiquiátricas, y en el caso de la depresión, se observa mayor deterioro de la memoria episódica y la disfunción ejecutiva. También se aprecia que los adultos mayores deprimidos y con deterioro cognitivo tienen un mayor riesgo de presentar demencia en una etapa posterior, a diferencia de aquellos adultos mayores que presentan depresión sin deterioro cognitivo. Cuando se presenta comorbilidad entre la depresión y el deterioro cognitivo es posible detectar múltiples patologías subyacentes, como son las enfermedades cerebrovasculares o el Alzheimer, patologías que dificultan la evaluación diagnóstica, así como la respuesta al tratamiento y pronóstico del paciente (Brown, Sneed, Rutherford, Devanand & Roose, 2013).

Las discapacidades relacionadas con la edad y los cambios en la salud física son los principales factores de riesgo para la depresión y la ansiedad en el adulto mayor, especialmente si se ha presentado una historia previa de estos cuadros. Enfermedades vasculares, como son los accidentes cerebrovasculares, el infarto de miocardio y la diabetes, aumenta el riesgo de depresión, tanto por su efecto neurológicos, como psicológicos (Allan et al, 2014).

Según algunos resultados, los síntomas clínicos de depresión contribuyen de forma significativa a la incapacidad funcional de los adultos mayores. Además, actualmente existe un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles que se asocian a las elevadas tasas

discapacidad funcional. La incapacidad funcional es uno de los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, ya que afecta el desarrollo de las actividades de la vida diaria, lo cual puede significar un aumento en las necesidades de atención y apoyo a largo plazo. Entre las enfermedades con mayor prevalencia se encuentran; la hipertensión, la diabetes mellitus, los problemas de la visión y audición, la artritis, enfermedades vasculares y deterioro cognitivo, entre otras (Almeida da Silva, Scazufca & Menezes, 2012).

La salud es un estresor potencial y para los adultos mayores las enfermedades y dolencias en general, aumentan los niveles de ansiedad producto de la inquietud o preocupación excesiva que provocan. El temor y las fobias son muy característicos en esta etapa, y se observa que el temor a las caídas es muy recurrente, restringiendo diversas actividades (Acosta & Quiroz, 2007). De acuerdo con algunas investigaciones, la prevalencia de dolor musculoesquelético en los adultos mayores se asocia con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Los adultos mayores que padecen dolores de cuello-hombro y dolor de espalda son más vulnerables al aumento de síntomas depresivos y ansiosos, a diferencia de aquellos que no presentan algún tipo de dolor persistente. Además hay que considerar que las personas con depresión tienen un mayor riesgo a sufrir dolor o síntomas somáticos. Esto se debe principalmente, a que dolor es una experiencia sensorial que se asocia con un estado de vigilancia que genera un desgaste físico y psicológico que puede disminuir la actividad física regular, afectando su rendimiento y el bienestar en general (Talvari et al, 2012) En este sentido es relevante el diagnóstico oportuno de los síntomas depresivos, ya que un tratamiento adecuado puede mejorar la capacidad funcional

del adulto mayor, reduciendo el nivel de incapacidad funcional en esta población. (Almeida da Silva et al, 2012).

Por otras parte, son los sentimientos de soledad, pérdida, culpa, baja autoestima y desmotivación, entre otros, los factores psicológicos más característicos, y los cuales además están asociados a diversas condiciones psicosociales.

Un estudio realizado por Oya Hazer,y Ayfer Aydıner Boyluminó (2010) demostró que existe una relación significativa entre la satisfacción de vida, el bienestar, las actividades de la vida diaria y los sentimientos de soledad. Estos resultados muestran que los sentimientos de soledad tienen la tendencia de aumentar con la edad, así como también son los hombres los que presentan más sentimientos de soledad a diferencia de las mujeres. De igual manera se encontró que la viudez y la pérdida de un amigo cercano son determinantes claros para la soledad. Los adultos que viven con sus esposos, cónyuges o hijos reportan sentirse menos solos, ya que mantienen un contacto regular y se sienten más útiles y valorados (Oya Hazer,y Ayfer Aydıner Boyluminó, 2010).

Entre los factores psicosociales que más inciden en la presencia de una sintomatología depresiva, se encuentran: la violencia psicológica, la falta de interacción social y comunicación, la pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, la soledad y la viudez, las dificultades económicas, y las condiciones de pobreza, entre otros. (Llanes, López, Vázquez & Hernández, 2015). Algunas investigaciones han demostrado que las condiciones de pobreza, disminuyen los niveles de bienestar tanto en hombres como

mujeres, y en el caso de la población de adulto mayor, se considera una condición de vulnerabilidad en relación a la salud mental (Maldonado, 2015).

3.2.6 BIENESTAR SUBJETIVO

3.2.7 Definición de Bienestar Subjetivo

Existen distintos modelos que explican concepto de bienestar y sus componentes. Se reconoce que existen un conjunto de factores objetivos y subjetivos que explican su naturaleza.

Para algunos autores, el bienestar posee tres componentes fundamentales. Primero, el concepto de bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva, segundo, estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (afectos positivos y negativos) y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos (evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida). Ambas facetas se relacionarían con la dimensión subjetiva. Otros autores agregan una tercera dimensión, la vincular, que es una concepción más integradora del bienestar subjetivo ya que se considera como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones) (García y González Benítez, 2012)

Históricamente los estudios sobre bienestar en la psicología reconocen dos tradiciones: la tradición hedónica, vinculada al bienestar subjetivo y la tradición

eudaimónica, relacionada al bienestar psicológico. La perspectiva hedónica contempla los aspectos más subjetivos con los cuales las personas experimentan su vida de forma positiva, así como el nivel de satisfacción o insatisfacción respecto a ella. La tradición eudaimónica se centra más en el desarrollo personal de los individuos y en el estilo o manera en que afrontan los distintos sucesos vitales que experimentan.

De acuerdo a estos antecedentes, se reconoce que el bienestar subjetivo responde a los aspectos más afectivos de una vivencia, por lo cual indicadores como la felicidad, la afectividad positiva y negativa o la satisfacción vital permiten su evaluación. En este caso, si las personas experimentan vivencias afectivas positivas tiene una mayor probabilidad de percibir su vida como deseable, de poseer una valoración más positiva respectos a sus circunstancias y sucesos vitales. (Zubieta, Muratori y Fernández, 2012)

Diversos estudios han demostrado que altos niveles de bienestar subjetivo se asocian a una mejor calidad de vida de las personas. La calidad de vida es un concepto multidimensional, cuya definición incluye las percepciones, sentimientos y reacciones del individuo ante circunstancias objetivas y subjetivabas. Por ello, para su estudio se deben evaluar perspectivas desde el bienestar físico, social y psicológico, incluyendo componentes externos, como los recursos económicos y el medio ambiente (Flecha, 2015). Si bien la calidad de vida es una respuesta global donde los aspectos objetivos y subjetivos tienen gran relevancia, para la psicología los elementos subjetivos de la calidad de vida son mediadores de la percepción y cambios de los aspectos objetivos, ya que estos por si solos no garantizan que las personas tenga un mayor nivel de satisfacción respecto a su medio y condiciones de vida (Noriega, Sotelo y Domínguez, 2015).

3.2.8 Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso que involucra un conjunto de experiencias subjetivas, relacionadas íntimamente con las necesidades materiales básicas y psicosociales, y los componentes de salud y bienestar general. Diversos estudios han demostrado que la calidad de vida se define en gran medida tanto por las condiciones objetivas que favorecen el desarrollo de la capacidad intelectual, emocional y social de una persona, así como también por los componentes subjetivos respecto a las condiciones socioculturales y personales. Para muchos autores, la calidad de vida en la vejez se relaciona con generar una adecuada interacción entre las características individuales y socioculturales de las personas, así como también con las oportunidades que el contexto ofrece y de las opciones que las personas poseen para acceder a ellas (Varela y Gallego, 2015).

En un estudio realizado por Riverón y Jocik (2013) se expusieron algunos de los significados que el anciano bayamés utiliza para construir su percepción de bienestar subjetivo. Los resultados mostraron que, para los adultos mayores, estos dependen de la evaluación que realizan respecto a su posición social, así como también de los que la sociedad les entrega a ellos (apoyo social, la comprensión y el respeto), y a la vez a la contribución o aporte que ellos hacen a la sociedad (familia, amigos y vecinos, incorporación activa a la vida laboral y social) (Riverón y Jocik, 2013). Esto significa, que en la percepción de bienestar y calidad de vida las normas, valores y funcionamiento general de la sociedad, influyen en las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde el adulto mayor desarrolla su vida (Inga y Vara, 2006).

Diversas investigaciones han demostrado que el bienestar subjetivo está asociado a un envejecimiento saludable, es más, los registros indican que existe una relación positiva entre bienestar y edad avanzada, con una alta satisfacción en las dimensiones familiar, social, autonomía personal, recursos económicos y salud. En esta línea, se reconoce que las percepciones que poseen los adultos mayores respecto a su salud son un buen indicador, ya que se ha evidenciado que las personas que mantienen una buena capacidad funcional reportan mayores índices de bienestar. Del mismo modo, el apoyo social es importante, ya que satisface necesidades prácticas, de información y emocionales de los adultos mayores. La presencia de estos indicadores aumenta la probabilidad de mantener una mejor calidad de vida (Noriega, 2015). Resultados similares arrojó un estudio realizado por Inga y Vara (2006) con el fin de identificar los factores asociados a la satisfacción de la vida de adultos mayores en Perú.

3.2.9 Síntesis

Como se ha indicado, la salud mental es un estado de bienestar general que les permite a las personas adquirir las capacidades y habilidades necesarias para lograr un óptimo desarrollo individual y social a lo largo de toda la vida. (Flores et al, 2013).

De acuerdo a diversos estudios, la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida en los adultos mayores. Actualmente se reconoce que en la tercera edad la discapacidad funcional es una condición propia del proceso de envejecimiento, y está sujeta a cambios biológicos y cognitivos, pero también a condiciones sociales y psicológicas.

Factores como la edad, el apoyo social deficiente, condiciones médicas crónicas o debilitantes, y los trastornos mentales, también limitan las capacidades funcionales del adulto. Por ello es necesario potenciar el bienestar físico, social y mental de los adultos mayores, aún más si se toma en cuenta que este grupo etario registra una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos (Tiong et al, 2012)

Los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes, altamente incapacitantes y afectan el bienestar emocional de las personas mayores, lo cual limita significativamente las actividades de la vida diaria. Lamentablemente en los sistemas de salud, muchas veces estos síntomas no son diagnosticados oportunamente, ya que se asume que el envejecimiento se asocia naturalmente a los estados depresivos y ansiosos o se atribuyen a otras enfermedades o patologías. Por esto, es muy importante asumir que el envejecimiento no sólo es un proceso de pérdida progresiva de la capacidades funcionales, que desvincula socialmente a los adultos mayores, por el contrario, también es una etapa de crecimiento y realización personal. Pero, para que esto sea posible, es necesario realizar una detección oportuna de estos síntomas, y generar diagnósticos y tratamientos adecuados.

3.3 SUCESOS VITALES

3.3.1 Definición de Sucesos Vitales

El estudio de los sucesos vitales en el desarrollo vital y el bienestar psicológico fue iniciado por Meyer (1951), quien señaló la importancia que tienen los sucesos vividos a lo largo del ciclo vital de las personas en la gestación de problemas psicológicos. Su principal hipótesis era que los sucesos importantes que experimentan las personas en sus vidas, pueden ejercer influencias tanto positivas como negativas para su salud. Para recoger toda esta información, diseñó el instrumento conocido como "vida gráfica", en el que se recoge la historia de éxitos y fracasos experimentados por la persona a lo largo de su vida.

Si bien existen diferentes definiciones en torno al concepto de suceso vital, estas tienen un elemento en común; y es que, para que un suceso se considere del carácter de evento vital, debe requerir algún tipo de ajuste en la conducta habitual del sujeto que lo vivencia. Es esta idea del *cambio* precisamente aquella más extensamente aceptada cuando se trata de definir el concepto de *suceso vital*. Sin embargo este punto en común, existen algunas diferencias según los distintos autores. Para Barrón (1990), los eventos vitales serían todos aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables. Holmes (citado en Sandin, 2003) plantea que los sucesos vitales se entienden como experiencias objetivas que causan un reajuste psicosocial sustancial, es decir, un cierto nivel de cambio en la conducta de dicho individuo. Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente

traumáticos, pero generalmente son eventos habituales y más o menos normativos. De acuerdo a esto último, es importante subrayar que los sucesos vitales son acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso o concreto de la vida de la persona, siendo, por tanto, diferentes de las dificultades vitales persistentes, que serían problemas que se prolongan en el tiempo (Brown, Harris, Hepworth, 1994). Para Goodyer (1990) un evento vital se define como cualquier acontecimiento o circunstancia que ocurre en la vida de un individuo y que puede tener el potencial de alterar su estado de salud mental o física. Esta definición no hace ninguna presuposición sobre cuál sea la dirección del cambio en salud (positivo o negativo), ni sobre el significado de la experiencia para el individuo (por ejemplo, si el evento se percibe como deseable o indeseable). Por lo tanto, para evaluar el impacto probable de un acontecimiento vital en particular, se necesita conocer mucho más que sus simples características, dado que va a depender en parte de la experiencia personal del sujeto que se enfrenta a esa situación. De esta manera, un mismo evento puede desencadenar distintas reacciones, dependiendo de la forma en que sea percibido por el sujeto que lo vive.

La valoración cognitiva que hará la persona del acontecimiento vital dependerá tanto de las cualidades objetivas del evento en sí como de las características individuales de la persona en particular que encara el acontecimiento, como de algunas variables del contexto social y familiar en el cual el evento tiene lugar.

3.3.2 Características de los Sucesos Vitales

Buendía & Mira (1993) señalan determinadas características objetivas de los eventos que se pueden evaluar independientemente de la valoración que haga la persona. La duración de un evento es crucial, influyendo en el modo en que la persona describe y evalúa posteriormente el evento; cuanto mayor sea la duración de un evento, mayor será el esfuerzo de afrontamiento requerido, ya que puede desembocar en una cronificación o en un evento más adverso; por ejemplo, repetitivas crisis matrimoniales pueden provocar una ruptura definitiva de la relación conyugal. La intensidad de un evento también es de considerable importancia; siendo los acontecimientos de moderada a elevada intensidad aquellos que pueden desencadenar problemas emocionales, particularmente en muchos casos de trastornos de ansiedad y depresión (Brown & Harris, citado en Buendía & Mira, 2003).

Por otro lado, y en particular cuando se trata de eventos vitales de intensidad baja (denominados eventos vitales menores o estresores cotidianos) la frecuencia de un evento es la que puede dotar al evento la cualidad de estresante. En esta misma línea, en psiquiatría, A. Meyer (1950) indicó que los eventos vitales no tenían por qué ser catastróficos para ser patogénicos, y que incluso los sucesos más cotidianos podrían contribuir a la aparición de trastornos emocionales y al desarrollo de condiciones psiquiátricas.

Por último, es importante tener en cuenta el curso de un evento complejo. El término de una situación específica puede deberse a factores contextuales ajenos al control

de la persona, sin embargo, puede ocurrir que este hecho influya en la percepción del sujeto acerca de la propia auto-eficacia.

Como se ha señalado anteriormente, el impacto que tienen los sucesos vitales en la vida de las personas, no depende solamente de las características objetivas de los eventos, sino que también influye de manera decisiva el modo en que las personas valoran determinado suceso. Según Lazarus y Folkman (1984) esta valoración cognitiva toma dos formas. Por un lado está la valoración primaria, que se refiere a las cualidades de la situación, tal y como las percibe el sujeto que la encara; y por otro lado, la valoración secundaria, que se encuentra asociada a las expectativas que tiene el sujeto de controlar la situación. Así, en el primer caso, el sujeto puede considerar el evento como deseable, indeseable o neutral, mientras que la valoración secundaria se refiere a si el sujeto considera el evento bajo control o incontrolable, tomando en cuenta además las consecuencias que tendrá para su vida ese acontecimiento.

Los eventos pueden tener diversos grados de deseabilidad, de acuerdo con las características del contexto en que se den. En general, se ha sugerido que los acontecimientos que producen estrés son más bien considerados como amenazantes o con un impacto negativo, en tanto que los acontecimientos valorados como deseables no resultan estresantes (Paykel et al., 1980). Además, los eventos pueden ser percibidos como potencialmente controlables, o bien como que escapan al control personal. La muerte de un pariente, por ejemplo, es una situación que escapa al control del sujeto. Por el contrario, el término de una relación afectiva puede caer dentro del control del sujeto.

Algunos acontecimientos pueden considerarse indeseables por las consecuencias que conllevan, por ejemplo, el cambiarse de ciudad podría significar el distanciamiento del círculo de amigos. Ahora bien, mientras que en algunos eventos las consecuencias esperadas pueden preverse con un grado de continuidad aceptable y razonable, en otros las consecuencias pueden no estar claras. Además, las consecuencias esperadas pueden variar de acuerdo con lo que el sujeto conoce del acontecimiento y según su sistema de creencias en general.

Es decisivo conocer el momento del desarrollo en que se encuentra la persona. Por ejemplo, Ferguson (1979) encontró que la experiencia de la hospitalización podría reducir el miedo a los hospitales en niños de edad escolar, pero no así en preescolares. Por tanto, el impacto de los eventos y circunstancias sociales dependerá del desarrollo tanto cognitivo como emocional del sujeto.

De acuerdo con la cualidad evolutiva, los eventos vitales pueden ser normativos y no normativos. Los eventos normativos son aquellos que se espera que ocurran a todos los individuos de un grupo social a una edad más o menos similar, mientras que los no normativos afectan únicamente a algunos individuos. En ambos casos, se trata de transiciones, es decir, procesos complejos que tienen diversas fases y suponen tareas adaptativas sucesivas.

De acuerdo con sus consecuencias, los eventos pueden ser adaptativos y tener un efecto fortalecedor que prepara a la persona para hacer frente a ulteriores problemas y adversidades, o por el contrario, ser debilitantes y aumentar la sensibilidad y vulnerabilidad

de la persona para encarar nuevas dificultades. En este sentido, resulta crucial que los sujetos a lo largo de su desarrollo, aprendan estrategias de afrontamiento que le permitan manejar cantidades cada vez mayores de estrés.

3.3.3 Sucesos Vitales en el Adulto Mayor

Si bien los sucesos vitales están presentes a lo largo de todo el ciclo vital, existen diferencias en la frecuencia y la experiencia de estos eventos en función de la edad. De acuerdo con los planteamientos de McCrae y Costa (1991), durante la juventud existe un mayor número de sucesos vitales evaluados como positivos, mientras que en la adultez mayor, existe una mayor cantidad de acontecimientos vividos como pérdidas y amenazas. Es por este motivo que resulta de especial interés el estudio de los sucesos vitales en las personas mayores con el fin de comprender, por un lado, los posibles efectos perjudiciales que pueden tener sobre la salud física y psicológica, y por otro, aquellos efectos positivos para las personas, los que se pueden dar en forma de aprendizaje o crecimiento personal.

Es evidente que, en las últimas etapas de la vida, las personas se enfrentan a una mayor proporción de sucesos vitales negativos (Erikson, 1963) que en otras etapas previas, lo cual podría contribuir a explicar el que estas experiencias tengan mayor efecto perjudicial sobre la salud física y psicológica de las personas en la vejez, en comparación con sus efectos en otras etapas del ciclo vital. Algunos autores han propuesto que el tipo de evento vital más frecuente y significativo en la vejez ha sido el de la pérdida (pérdida de

roles, de familiares, etc.) esto se ha encontrado asociado de forma significativa con el desarrollo y mantenimiento de depresión en la población mayor. De forma específica, Palmore (1979) encontró que el enfrentamiento con varios sucesos característicos de la etapa de la vejez (jubilación, viudedad, enfermedad, etc.), producía grandes problemas de adaptación. De este modo, una gran parte de las pérdidas y cambios habitualmente asociados a la vejez como fallecimiento del cónyuge u otros familiares, enfermedades, jubilación, etc., pueden considerarse sucesos vitales negativos que requieren por parte de la persona un afrontamiento adecuado que implicaría, básicamente, estrategias de regulación emocional para adaptarse a la nueva situación.

3.3.4 Medición de Sucesos Vitales

En el año 1967, los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe realizaron un estudio consistente en el análisis de registros médicos de más de 5.000 pacientes hospitalizados; estos autores observaron qué acontecimientos habían precedido a la enfermedad de este grupo de personas. Como consecuencia de ese estudio, elaboraron una escala compuesta por un listado de 43 acontecimientos vitales, conocida como la "Escala de estrés Holmes-Rahe". A cada uno de los acontecimientos vitales se le otorgó una puntuación en función de lo estresante que podría ser para la persona que lo experimenta. La puntuación está basada en factores como la incertidumbre que generan, el cambio que suponen para el individuo o que puedan sobrepasar los recursos de los que dispone, más allá de que si se considera como negativo o no dicho suceso. La aplicación consiste en seleccionar de la lista los acontecimientos experimentados en el último año, para luego

sumar las puntuaciones. Si el número resultante se encuentra por debajo de 150 sólo hay un pequeño riesgo de enfermar a causa del estrés, entre 151 y 299 el riesgo es moderado, mientras que por encima de 300 puntos, el riesgo de padecer alguna enfermedad es mucho más elevado. El principal aporte de este estudio fue que la evidencia demostró que el enfrentarse a estos eventos, incrementan la probabilidad de contraer alguna enfermedad.

3.4 REGULACIÓN EMOCIONAL

En los párrafos anteriores se ha señalado la importancia sobre el impacto de los sucesos vitales en los adultos mayores. Sin embargo, en este describiremos brevemente los mecanismos adaptativos y desadaptativos de afrontamiento emocional que utilizan las personas mayores para hacer frente a dichos sucesos vitales y así intentar, con mayor o menor éxito, adaptarse a ellos o aceptarlos.

Uno de los modelos de estrés y afrontamiento más conocido es el propuesto por Lazarus y Folkman (1984) que plantea que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. El primero consiste en realizar acciones dirigidas a modificar el problema o generar alternativas para resolverlos, mientras que la segunda implica poner en marcha estrategias desarrolladas para regular y modificar el estrés emocional asociado a cada situación estresante. Distintos modelos y autores coinciden en la relevancia del uso de este tipo de estrategias en la vejez dado que, señalan la importancia de la regulación emocional en los adultos mayores. Esto se explica así porque tal población tiende a emplear en mayor

medida este tipo de afrontamiento que consiste en la modificación de pensamientos y emociones en desmedro de las estrategias de afrontamiento centrada en el problema, dadas las limitaciones para el ejercicio de este tipo de control ante situaciones problemáticas habitúales en la vejez (ej. Perdida de un familiar, jubilación, enfermedad, etc.).

La regulación emocional ha generado un creciente interés en distintos investigadores, los cuales dirigen sus estudios de forma especial a la búsqueda de la asociación de dichos procesos con el riesgo de desarrollar distintos tipos de psicopatologías (Fernández, Márquez, losada y romero, 2014).

Baker y Bernbaum (2007), señalan que las emociones pueden ser consideradas como una importante fuente de información sobre las situaciones estresantes que las personas puedan experimentar en función de sus propias metas. De esta forma, experimentar emociones, atenderlas y aceptarlas puede lograr que las personas desarrollen distintas perspectivas en la solución de problemas (Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999). A su vez puede ayudar al facilitar los procesos de toma de decisiones, teniendo, además, múltiples funciones sociales como, potenciar el intercambio social o la búsqueda de contactos sociales (Luminet, Bouts, Delie, Manstead y Rime, 2000). De esto se deduce, por lo tanto, que las emociones, específicamente, el proceso a través del cual éstas se regulan, presentan numerosas funciones que permiten llevar a cabo acciones adaptativas o desadaptativas sobre situaciones cambiantes en las que se ven inmersas las personas (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

Thompson (1994), define regulación emocional como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”. De manera similar, Cole, Martin y Dennis (2004) definen la regulación emocional como la alteración de la trayectoria que siguen los procesos emocionales para ser más congruentes con las demandas y limitaciones, así como los propios objetivos y valores personales. Siguiendo en esta misma mirada, uno de los más reconocidos investigadores en el campo de la emoción, Gross (1999), define regulación emocional como “aquellos procesos a través de los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y expresamos”. Este mismo autor logra distinguir entre modos desadaptativos de control emocional (evitación, supresión o represión emocional) y modos adaptativos de regulación emocional (revaluación cognitiva o claridad emocional), (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

Por otra parte, Linehan (1993) define la regulación emocional como el equilibrio entre las dos tendencias extremas y disfuncionales asociadas con malestar emocional y psicopatología (ansiedad, depresión, etc.): la desregulación afectiva y el auto control de las emociones. Hervás y Vásquez (2006) hablan de desregularización afectiva para referirse a la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación antes estados afectivos negativos (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

Tomadas en conjuntos todas estas definiciones, parece existir acuerdo a la hora de considerar que existen habilidades regulatorias adaptativas y desadaptativas que se

desarrollan en respuesta a los retos que se le presentan a la persona (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

Las estrategias adaptativas que mayor estudio generan han sido la reevaluación cognitiva, la aceptación y la capacidad de solución de problemas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012), que se han asociado con variables como la reducción del afecto negativo, el incremento de la tolerancia al dolor y un funcionamiento interpersonal afectivo (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

Algunas de las estrategias desadaptativas serían la rumiación, la supresión, la evitación y la preocupación (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012), que han sido relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, problemas de alcoholismo o de alimentación (Gross y John,2003;Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007; Nolen-Hoeksema y Harrel, 2002; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007; Nolen –Hoeksema, Wisco y Lybomirsky, 2008).

Según estudios realizados en los últimos años, parece que son las estrategias desadaptativas las que mayor asociación muestran con la salud mental (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Estas ejercen un papel perjudicial sobre la salud mental en forma clara y directa. Asimismo, las estrategias adaptativas, aún presentando efectos beneficiosos para la salud mental, pueden reducir sus efectos beneficiosos ante la presencia de las estrategias desadaptativas (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014). Por lo tanto, las estrategias desadaptativas como la rumiación, actúan como variables moderadoras entre las estrategias de regulación emocional adaptativas y la psicopatología, reduciendo su efecto beneficioso

cuando las personas tienen altos niveles de rumiación y supresión (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

3.4.1 Rumiación

3.4.1.1 Definición de Rumiación

Entre todas las estrategias de regulación emocional, la rumiación se ha mostrado como una de las estrategias desadaptativas de regulación más perjudiciales (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012). El interés por este constructo ha sido muy amplio, lo que ha generado un número importante de conceptualizaciones teóricas.

Existen diversas formas de conceptualizar los patrones de pensamientos repetitivos y/o persistentes, que pueden originarse por un suceso vital, donde la mayoría de estas formas apuntan a sus características negativas y a sus efectos adversos en el bienestar y salud mental. Algunos ejemplos sobre esto lo podemos ver en, el trastorno de ansiedad generalizada que se ve acompañada de pensamientos e imágenes cargada de emociones negativas y relativamente incontrolables; en el trastorno obsesivo–compulsivo, donde las personas constantemente tienen ideas relacionadas a su compulsión; en el trastorno por estrés postraumático, las personas suelen revivir imágenes de la situación traumática o también sobre sus posibles consecuencias; entre otros. Si bien el contenido de los pensamientos en todos los trastornos anteriormente ejemplificados pueden ser

diametralmente distintos, existen características comunes entre ellos: ser pensamientos negativos, repetitivos, pasivos o relativamente incontrolables (Ehring & Watkins, 2008).

Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) en su teoría sobre estilos de respuestas sostiene que este pensamiento repetitivo, pasivo y focalizado en los propios estados de tristeza y abatimiento explica la predisposición, mantenimiento y agudeza de los síntomas depresivos. Esta forma de pensamiento se ha denominado rumiación, y hace referencia a pensamientos pasivos, autos centrados, repetitivos, intrusivos, cíclicos, centrados en la indagación de causas y consecuencias de experiencias o ánimo negativo (Nolen-Hoeksema, morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, wisco & Lyubomirsky, 2008; Papageorgiou & Wells, 2004). La teoría desarrolla la idea de que las personas centran sus pensamientos en sus síntomas depresivos, causas y consecuencias, lo cual aumenta la frecuencia o probabilidad de cursar un episodio de ánimo negativo. De esta forma el concepto de rumiación depresiva se introdujo hace varios años en el marco de la Teoría de Respuesta Estilos de Nolen-Hoeksema.

En principio, Nolen- Hoeksema & Morrow (1993) determinaron que la rumiación explicaba la duración y profundidad de los episodios depresivos. Posteriormente, en otra de sus investigaciones se logró confirmar que la rumiación predecía la ocurrencia de episodios de depresión mayor, pero no así la duración del episodio depresivo para quienes ya cursaban depresión.

Dentro de las distintas investigaciones relativas a la rumiación y sus efectos, se ha documentado y sólidamente fundado que la rumiación exacerba negativamente tanto el

ánimo como la memoria autobiográfica, dificulta la resolución de problemas, interfiere en el afrontamiento activo, entorpece la conducta instrumental, mantiene y potencia los estresores negativos y merma el apoyo social (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Papageorgiou & Wells, 2004). Del mismo modo, se ha descrito que las personas que presentan niveles de rumiación más altos, poseen menor confianza y compromiso para involucrarse con actividades que resuelvan alguna situación, requieren más tiempo para sentirse cómodos con las soluciones planteadas, presentan, mayor dificultad para concentrarse en sus planes y pensamientos negativos sobre sus planes, en contraposición a personas con bajos niveles de rumiación. Estos elementos interfieren en la iniciativa de acciones que logren contribuir a mejorar aspectos relevantes en sus vidas (Ward et al, 2003).

Existe un concepto ampliamente relacionado al de rumiación, que es la preocupación (Fresco, Frankel, Mennin, Turk & Heimberg, 2002). Según una revisión de diversos estudios se plantea que la rumiación y la preocupación cuentan con características similares; ambas son formas de pensamiento repetitivo, auto centrado, de tipo general, asociados a una falta de flexibilidad cognitiva para cambiar la atención de estímulos negativos. Además, que ambos impactan la atención y concentración, la capacidad de resolución de problemas, disminución del rendimiento y se asocian a la depresión y ansiedad. A su vez, también existen diferencias entre rumiación y preocupación en donde la principal está ligada a la orientación temporal, ya que la preocupación alude a cadenas de pensamientos sobre eventos negativos situados en el futuro, mientras que la rumiación se orienta hacia el pasado (Fresco et al., 2002). Por otra parte, el objetivo de la preocupación

es anticipar las consecuencias de situaciones inciertas, mientras que la rumiación busca dar sentido al acontecimiento o su significado (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Por último, cabe destacar, dado el alto porcentaje de mujeres en la población mayor, que diversos estudios muestran evidencias sobre la existencia de diferencias en los niveles de rumiación según el género (mujer, hombre). Concretamente, las mujeres hacen un mayor uso, respecto de los hombres, de la estrategia de afrontamientos de rumiación (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Alguna de las razones que se han propuesto sobre estas diferencias asociadas al género tiene relación con que el género femenino tiende a percibir que las emociones negativas como las tristeza, miedo, ira u otras son difíciles de controlar y se perciben así mismas como más responsables del bienestar emocional de otros y a la vez perciben tener un menor control sobre las circunstancias de su vida (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Es altamente probable que estas características diferenciales entre hombres y mujeres se deban, en gran medida, a los distintos procesos de socialización que experimentan ambos géneros (Fernández, Márquez, Losada & Romero, 2014).

3.4.1.2 Tipos de Rumiación

Avances posteriores de la línea de investigación desarrollada por Nolen-Hoeksema permitieron establecer dimensiones de la rumiación depresiva, diferenciadas en función de la valencia de la información rumiada y las consecuencias emocionales (Robinson & Alloy, 2003). En el estudio de Treynor, González (2003) se logró distinguir 2 tipos de rumiación

depresiva: *negativa y reflexiva.* Esta última refiere a la introspección sobre el ánimo depresivo con el propósito de participar de la solución del problema. Este tipo de rumiación no se logró asociar con el aumento de la sintomatología depresiva. En tanto la primera se refiere a pensamientos auto centrado repetitivos que implican resurgir la sintomatología depresiva en forma pasiva y se relaciona con el aumento de la probabilidad de cursar depresión asociándose a emociones negativas (Treynor et al., 2003). Diversos estudios tanto transversales como longitudinales posteriores han logrado confirmar la asociación rumiación negativa con síntomas depresivos (Burwell & Shirk, 2007; Cova, Rincon & Melipillan, 2009; Whitmar & Gotlib, 2011). También se ha logrado determinar que las personas que tienden a tener un estilo de rumiación negativa son menos eficientes en lograr la distracción que quienes utilizan más la rumiación reflexiva (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Boston, 2007).

En el estudio de Siegle, Moore y Thase (2004) se aplicaron 16 instrumentos que mediaban diferentes tipos de rumiación en adultos sanos y deprimidos, que concluyeron que existían dos grandes dimensiones de rumiación negativa y otra relacionada con la resolución de problemas lo que parece superponerse a la rumiación negativa y reflexiva de Nolen-Hoeksema.

Tedeschi y Calhoun (1996) en el estudio del crecimiento a consecuencia de vivencias estresantes o adversas, tempranamente consideraron la importancia de la rumiación en el procesamiento de la información traumática, logrando identificar que existían pensamientos repetitivos y con características y consecuencias distintas. En el año 2010, estos mismos autores incorporaron a su modelo los conceptos de *rumiación intrusiva*

y rumiación deliberada. La primera corresponde a pensamientos no voluntarios, sobre la propia experiencia, que en ese contexto de estudio es traumática. La segunda constituye pensamientos intencionados para intentar entender lo que ha ocurrido y sus implicancias. El foco de la rumiación reflexiva no es necesariamente negativo, sino más bien un intento de dar sentido a las experiencias.

3.4.1.3 Medición de la Rumiación

Evaluar la rumiación ha generado que se aborden distintos aspectos, tales como la frecuencia de los pensamientos autocentrados sobre estados de ánimos depresivos, pensamientos sobre eventos estresantes y sucesos vitales, pensamientos metacognitivos, grado de malestar asociado con pensamientos sobre eventos negativos, grado en que las personas intentan darle sentido a experiencias negativas, pensamientos sobre lo que se puede hacer para cambiar la situación (Siegle et al., 2004).

Se han desarrollado varios instrumentos de medición de la rumiación, dentro de los que se encuentran: Rumination on Sadness Scale (Conway, Csank, Holm y Blake (2000); Anger Rumination Scale de Sukhodolsky, Golub y Cromwell (2001); Rumination About an Interpersonal offense Scale, desarrollada por Wade (2008); Rumination-Reflection Scale, creada por Trapnell y Campbell (1999), entre otros (Inoñan, 2011).

La escala de Trapnell y Campbell (1999) consta de 24 ítems que evalúan *rumiación y reflexión.* Estos estilos de pensamientos son formas de autoconciencias que se diferencian

en el sentido de la información que revelan. La rumiación está motivada por un sentido neurótico de examinar las posibles pérdidas, mientras que la reflexión está motivada por la curiosidad de comprender la propia personalidad.

El Event Related Rumination Inventory (ERRI) fue desarrollado con el objetivo de medir las respuestas rumiativas del tipo *deliberado e intrusivo*. Este instrumento fue creado por Cann y su equipo en el año 2011 el cual se efectuó de acuerdo al modelo de rumiación que se enmarca en el estudio del crecimiento postraumático propuesto por Tedeschi y Calhoun en 1996.

Nolen- Hoeksema a su vez también ha desarrollado una escala de medición que ha sido utilizada preferentemente en investigaciones sobre rumiación y ha sido traducida a diferentes idiomas (Inoñan, 2011; Treynor et al., 2003). Este instrumentos es llamado Escala de Respuesta Rumiativa (Rumiative Responses Scale, RRS) evalúa la respuesta de las personas a estado de ánimo negativos, en tanto la examinación de la propia afectividad negativa, causas y consecuencias. El instrumento fue revisado posteriormente, eliminándose los ítems que se superponían a síntomas depresivos, quedando con 10 de los 22 ítems originales, con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert. Los indicadores de confiabilidad de esta versión abreviada fueron adecuados y los análisis confirmaron los factores de rumiación reflexiva y negativa (Treynor et al., 2003). El cual será utilizado para el desarrollo de este estudio.

Cova, Rincón y Melipillán (2007) adaptaron el instrumento abreviado al español. En la población chilena adulta, se obtuvo alfa de Cronbach de 0,75 para la población general,

0,67 para el factor de reflexión y 0,57 para rumiación negativa. El mismo grupo de autores realizó una investigación en adolescentes donde el instrumento mostró adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad test-retest y consistencia interna, y una estructura factorial consistente a la encontrada por Treynor y sus colegas (Cova, Rincón y Melipillán, 2009).

3.4.1.4 Rumiación y Trastornos Mentales

Spasojevic y Alloy (2001) determinaron que la rumiación se convierte en un factor de riesgo prospectivo para la depresión, ya que las personas que reportan usar estilos cognitivos negativos, niveles más altos de autocrítica, dependencia e historia de episodios depresivos mayores, tienden a rumiar más en respuesta al estado de ánimo depresivo. En relación a esto, la rumiación negativa se asocia a estrategias de afrontamiento desadaptativas. En contraste, la rumiación reflexiva se asocia positivamente con estrategias de afrontamiento adaptativas enfocadas en la resolución activa del problema.

En el 2011 McLaughlin y Nolen-Hoeksema hallaron que la rumiación mediaba la relación entre depresión y ansiedad en estudios longitudinales y transversales con adolescentes y en menor proporción en adultos. Aquel estudio reflejó que la rumiación mostró una asociación directa más fuerte con ansiedad que con depresión en adultos.

Aldao et al. (2010) dentro de su investigación comparó el impacto de diversas estrategias de regulación emocional (rumiación, evitación, reevaluación y otros) sobre

cuadros psicopatológicos internalizados (depresión y ansiedad) y externalizados (abuso de sustancias y trastornos alimenticios). Por medio de un metaanálisis estadístico, se mostró que la rumiación tuvo la relación más fuerte con depresión y ansiedad. A su vez tuvo una relación moderada con trastornos alimenticios y de abuso de sustancias.

Para Segerstrom, Tsao, Alden y Craske (2000) tanto la preocupación como la rumiación se asocian a depresión y ansiedad, pues estas formas de pensamiento repetitivo interrumpen el establecimiento de metas personales importantes, interfieren el procesamiento emocional y conducen a un procesamiento más profundo de información negativa que contribuye al mantenimiento de la depresión y ansiedad. En un estudio longitudinal de 300 participantes, se encontró que las personas con altos niveles de perfeccionismo, rumiación negativa y estrés, presentaron los mayores incrementos de síntomas depresivos a través del tiempo (Olson & Kwon, 2008).

De esta forma, los diversos estilos de pensamientos negativos se asocian a consecuencias distintas para la salud mental y bienestar de las personas. Particularmente, el estilo negativo tal como la rumiación, media la relación con distintos trastornos mentales.

3.4.1.5 Rumiación y Adulto Mayor

Fiske, Loebach y Gatz (2009) en su estudio "Depression in older adults" concluyeron que tanto la rumiación y la evitación se asocian con la depresión durante toda la vida. La rumiación es un estilo de afrontamiento ineficaz que involucra pensar

reiteradamente de forma pasiva en la propia angustia. En los adultos mayores, también el estilo de afrontamiento rumiativo se ha asociado con la depresión (Garnefski & Kraaij, 2006). Hay personas que aprueban más el beneficio del apoyo social en el estilo rumiativo, pero aseguran recibir menos que las personas que son menos rumiativas (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999), probablemente debido a que la red de apoyo social puede estar sobrecargado.

Existen pocos estudios sobre rumiación que son transversales. Sütterlin, Paap, Babic, Kübler & Vögele (2012) hicieron este trabajo y concluyeron que en la adolescencia, por ejemplo, se ha identificado repetidamente con un período crítico en la vida, útil para el inicio de una serie de trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad. La mayoría de los resultados muestran un pick en la adolescencia y un posterior descenso de la incidencia y la prevalencia de la mayoría de los trastornos mentales con el aumento de la edad. Las razones de estas asociaciones se han discutido en términos de cambios en las circunstancias de la vida, eventos críticos de la vida y otros factores externos que determinan la presencia de factores de estrés, así como las causas del desarrollo neurológico. Otros factores para estos efectos dependientes de la edad pueden explicarse por hallazgos que indican que la capacidad de respuesta emocional disminuye con la edad, un mayor control emocional y psicológico a la inmunización experiencia estresante. Basándose en estos resultados, se postula que la rumiación, que es conocida por estar asociado con la aparición de la depresión, puede ser más pronunciada en la adultez temprana, y será más bajo en los adultos mayores (Sütterlin, Paap, babic, Kübler & Vögele, 2012).

Los resultados del mismo estudio están en línea con numerosos hallazgos anteriores que sugieren una asociación estable entre el estilo de respuesta rumiativo y la depresión. Como era de esperar, esta asociación fue significativamente más fuerte y más pronunciada para los más jóvenes y el grupo de adultos. El grupo de mayor edad mostró notablemente bajos indicadores de la rumiación.

Garnefski y Kraaij (2006) concluyeron que el uso de estrategias de regulación emocional cognitiva, sería más bajo en adolescentes que en adultos mayores. Los resultados mostraron que en la mayoría de los casos los adolescentes tenían menor puntuación en el uso de estrategias de regulación emocional cognitiva específicas que los adultos mayores. Esto se concluye dado que de las nueve estrategias de afrontamiento de regulación emocional evaluadas, los adolescentes obtuvieron menor puntaje que los adultos mayores en seis de las nueve estrategias de afrontamiento. Sobre estos resultados se infiere que el uso de estrategias de regulación emocional se da tanto en adultos mayores como en adolescentes, además se observa un aumento en el uso de estas en la transición de adolescente a la edad adulta. En general se supone que la adolescencia se refiere al periodo de la vida en el que más se avanza respecto a las habilidades cognitivas que están siendo dominadas (Aldwin, 1994). Sobre la base de este estudio se podría añadir que el uso y perfeccionamiento de estas habilidades cognitivas continúa más allá de estos periodos. Esto se explica por el hecho de que el número de emociones provocadas por sucesos estresantes, en general, crece a medida que la persona envejece, por lo que parece razonable que el proceso de regulación emocional cognitiva continúa desarrollándose en respuesta al último suceso estresante, tal como suponen los procesos de adaptación general (Lázarus, 1999).

En resumen, la rumiación es una estrategia de regulación emocional desadaptativa también para las personas mayores, ya que aún siendo menos frecuente estas en relación a los adolescentes, presenta igualmente efectos negativos para la salud mental y física de este grupo etario. Este tipo de estrategia desadaptativa tiene especial relevancia en los adultos mayores, precisamente por la constante adaptación a los sucesos vitales a los que han de enfrentarse (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

3.4.1.6 Rumiación y Sucesos Vitales

La rumiación no sólo se ha propuesto como una reacción a un estado deprimido actual, sino que también se ha mostrado como una causa en sí misma del desarrollo de depresión a partir de la reacción a los sucesos vitales negativos pasados (Nolen-Hoeksema, 1994). Concretamente, se han realizado investigaciones que reflejan cómo las personas deprimidas experimentan un elevado número de recuerdos intrusivos o pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos, lo que conlleva a que el estado de ánimo negativo persistas en el tiempo (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014) y generen una intensificación de la memoria autobiográfica negativa (Lyubomirsky et al., 1998).

Por otra parte, existen investigaciones que se han interesado en explorar cómo la puesta en marcha del pensamiento rumiativo antes los sucesos vitales, en el momento en que estos ocurren, contribuye a amplificar y/o perpetuar el impacto negativo de tales sucesos (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).. Las personas que rumian más ante

sucesos vitales informan de un mayor malestar asociado ante tales sucesos (Watkins, 2008; Robinson & Alloy, 2003). Alloy et al. (2000) muestra como la interacción entre un estilo cognitivo negativo o depresivo y la rumiación sobre los sucesos vitales estresantes predicen episodios depresivos futuros.

Watkins (2008) propone que la razón por la que los eventos negativos se asocian con estados de ánimos depresivos podría ser porque tales sucesos inducen al pensamiento rumiativo, el cual presenta consecuencias depresogenas en sí mismo (lyubimirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). De esta forma, estos autores, sugieren que la rumiación ante sucesos vitales podría estar mediando efectos de la experiencia de eventos negativos pasados en la vida actual de las personas y, con ello, dando lugar al desarrollo y/o mantenimiento del afecto negativo (Moberly & Watkins, 2008). En otras palabras, el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales pasados negativos podría actuar a modo de "puente" entre el pasado y la actualidad, "prolongando" así los efectos emocionales del evento negativo, al "traerlo" al momento presente (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014). Además, en este mismo estudio, se destaca que las personas con altos niveles de rumiación identifican sus suceso vitales como más severos que los que otras personas, incluso habiéndose controlado la sintomatología depresiva (Moberly & Watkins, 2008).

Con lo plateado hasta el momento, queda patente que la rumiación es una estrategia desadaptativa de regulación emocional y cabe hipotetizar, que podría estar revelando una dificultad de aceptación de las experiencias pasada. Así, por ejemplo, se ha encontrado en adultos en procesos de duelo que el estilo rumiativo predecía episodios depresivos tras los seis meses del acontecimiento, incluso habiéndose controlado los niveles previos de

depresion, apoyo social, estrés y otras variables (Nolen-Hoeksema el al., 1994). Nolen-Hoeksema (2001) planteó que la rumiación podría representar el extremo de una mala adaptación a la pérdida, proponiendo, además, la necesidad de llevar a cabo intervenciones dirigidas a disminuir tales emociones. Dado que, las perdidas afectivas, son uno de los sucesos de mayor prevalencia en el adulto mayor (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

3.4.2. Crecimiento Postraumático

Muchas investigaciones destacan que, además del impacto negativo tanto en la salud física como psicológica que pueden tener los sucesos vitales, también pueden producirse efectos psicológicos positivos tras su ocurrencia y estos pueden ser en forma de crecimiento personal, aprendizaje sobre las capacidades, aumento de sabiduría y conocimiento, cambio en prioridades vitales y/o desarrollo espiritual (Páez et al., 2011; Tugade, fredricksom, 2004).

El Crecimiento postraumático ha recibido un creciente interés en la actualidad, lo que ha permitido encontrar una amplia bibliografía. Zoellner y Maercker (2006) han señalado una diversidad de denominaciones en torno a este concepto, como por ejemplo, búsqueda de beneficios, crecimiento personal, crecimiento asociado al estrés o cambios psicológicos positivos. Sin embargo, el término más aceptado ha sido el de crecimiento postraumático, propuesto por Tedeschi y Calhoun (1995; 2004) que hace referencia a la capacidad de aprender y crecer a partir de sucesos traumáticos. Cabe destacar , que dentro

del planteamiento de este concepto se dice que en ausencia de emociones negativas y/o estrés, no se produce crecimiento postraumatico (Calhoun & Tedeschi, 1999) y que, además, la experiencia de crecimiento no elimina el dolor ni el sufrimiento, sino que suele aparecer de forma simultánea a estas experiencias (Calhoun & Tedeschi, 2000).

Si bien el crecimiento postraumático es un concepto que ha recibido bastante interés, aun no existe un consenso respecto de su definición y función. De esta forma algunos autores los consideran como una variable de resultados (Tedeschi &Calhoun, 1995,2004), en respuesta de la puesta en marcha de estrategias regulatorias adecuadas, sin embargo otros lo consideran como una estrategia de afrontamiento (Park &Folkman, 1997).

Tedeschi y Calhoun (1995, 2004), consideran el crecimiento postraumático como una variable de resultados y la entienden como una consecuencia psicológica positiva, consistente en la consecuencia entre la lucha de la persona y el suceso vital y el adecuado uso de estrategias de regulación emocional. Esta lucha sería la que daría lugar a un cambio beneficioso significativo, que se refleja en una experiencia de aprendizaje, madurez y cambio psicológico adaptativo, las cuales serían señales de una correcta aceptación del evento experimentado. Desde esta línea, se han propuesto la existencia de tres grandes categorías de crecimiento postraumático: cambios en uno mismo, por ejemplo el aumento de la confianza y la fortaleza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad futura; cambios en las relaciones interpersonales, a través de una mayor percepción de una red de apoyo más fortalecida que antes del suceso; y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida produciéndose un cambio en los valores y metas vitales (Calhoun & Tedeschi, 1999, 2000).

Desde la vereda de enfrente, los autores que consideran el crecimiento postraumático como una estrategia de afrontamiento, ven a este constructo como una variable de regulación adaptativa utilizada por la persona tras un evento o suceso estresante y que permite a la persona realizar un aprendizaje y crecer a partir de la experiencia emocional vivida. Davis et al. (1998), manteniendo esta misma perspectiva, consideran tal crecimiento como una estrategia de afrontamiento basada en un proceso de construcción de significado de la experiencia estresante o traumática vivida. Resulta inevitable percibir aquí una gran cercanía conceptual entre esta consideración del crecimiento como estrategia de afrontamiento y la estrategia de regulación emocional de la revaluación cognitiva, definida como una reinterpretación de significado de un estímulo de tal forma que provoque cambios, entre otros, en la trayectoria de la respuesta emocional (Gross, 2001). Tal y como ha conceptualizado el autor, esta estrategia se pone en marcha antes de que el proceso de evaluación de lugar a la interpretación emocional. Por tanto, la revaluación cognitiva permite transformar una experiencia emocional negativa en una provechosa en el momento en el que ocurre. A diferencia de esta variable, el tipo de crecimiento que se propone en este trabajo hace referencia a la capacidad de reinterpretar y extraer un significado positivo, con el paso del tiempo, no en el momento de la reacción emocional –como supondría la revaluación cognitiva-, sino a lo largo del tiempo, tras la ocurrencia del sucesos vital, y por tanto, habiéndose producido la reacción emocional negativa en el momento en el que se produce el suceso vital (Fernández, Márquez, Losada y Romero, 2014).

3.4.2.1 Crecimiento Postraumático y Rumiación

Desde los primeros planteamientos sobre crecimiento postraumático, algunos autores han esbozado el papel de la rumiación en el proceso de crecimiento dado que las personas que han sufrido crisis tienden a pensar repetidamente sobre lo que les ocurrió buscando darle un sentido y encontrar la forma de manejar emociones que pueden ser debilitantes.

Los primeros estudios que evaluaban la relación entre crecimiento postraumático y rumiación, hallaron que la rumiación deliberada facilitaba el crecimiento, por sobre la rumia intrusiva o negativa (Calhoun et al., 2000: Morris y Shakespeare-Finch, 2011), particularmente en el crecimiento espiritual reportado, mientras que la rumia intrusiva se relaciona inversamente al crecimiento postraumático, de modo que los pensamientos de re experimentación intrusivos que se extendían por largos periodos de tiempo se asocian a bajos niveles de crecimiento e indicadores de angustia. De este modo, la rumiación intrusiva podría reflejar que las personas no encuentran un camino constructivo para integrar las nuevas creencias sobre el mundo (Cann et al., 2010).

Stockton, Hunt, Joseph (2011), buscaron precisar el rol de los distintos tipos de rumiación (negativa y reflexiva; deliberada e intrusiva) sobre el crecimiento postraumático. Encontraron que la rumiación negativa e intrusiva no se relacionaba al crecimiento postraumático, pero sí a sintomatología ansiosa. En contraste, la rumiación reflexiva y deliberada se asoció al crecimiento cuando la rumiación negativa era baja. En consecuencia, se hipotetiza que la rumiación reflexiva puede fortalecer la relación entre

crecimiento postraumático y trastorno por estrés postraumático, dada la activación emocional que genera el cambio en los esquemas cognitivos de la persona. Por su parte, la rumiación reflexiva permite el crecimiento cuando la persona no se focaliza en examinar información sobre su estado de ánimo negativo como ocurre con la rumiación negativa.

En los últimos años han existido estudios que han mostrado que la rumiación intrusiva y deliberada influye en distintos momentos del proceso de crecimiento. La rumiación intrusiva ocurre inmediatamente después del trauma y sirve como promotor de la rumiación deliberada. De esta manera la rumiación deliberada permite generar cambios en las creencias fundamentales y cataliza el crecimiento como mecanismo para disminuir el malestar y síntomas de distrés que acompañan a la rumiación intrusiva inicial (Cann et al., 2011, 2012). Aquellos sujetos que no presentaron la necesidad de generar un significado de su experiencia o que reportaron menores niveles de percepción de amenaza a sus creencias fundamentales, mostraron menor CP (Cann et al., 2012). Además, se concluyó que la rumiación intrusiva tuvo una relación positiva con el crecimiento cuando está ocurría cercanamente al evento traumático. A pesar de esto, la rumiación deliberada resultó ser el predictor más importante de los mayores niveles de CP (Cann, Tedeschi & Calhoun, 2009).

Para algunos autores la rumiación sobre el evento busca dar sentido, resolver y comprender el trauma. La rumia reflexiva y negativa tienen relación con el crecimiento postraumático, pero la rumiación reflexiva posee una relación directa más fuerte (Kane, 2009). Otros estudios, si bien confirman la relación directa entre rumiación reflexiva y crecimiento postraumático, encuentran que no hay relación significativa entre rumiación negativa y crecimiento postraumático (Stockton et al., 2011).

Existen investigaciones que evidencian de que a mayor carga de afectos negativos durante el proceso de rumiación, es menor el crecimiento, porque el estado de pesimismo disminuye las posibilidades de tratar de manera constructiva los desafíos que involucra una experiencia traumática (Calhoun et al., 2000). De esta manera, la valencia de las cogniciones rumiadas desemboca en consecuencias distintas. Por ejemplo, las personas que centran su atención en pensamiento de contenido negativo relacionados con una experiencia traumática, muestran síntomas de estrés postraumático. Al contrario, quienes rumian sobre información positiva relacionada al trauma, muestran crecimiento postraumático.

Si bien se ha encontrado que la rumiación es un importante predictor del crecimiento postraumático (Rajandram et al., 2011; Walter y Bates, 2011) existen relativamente pocos estudios que buscan diferenciar la influencia de los distintos estilos de rumiación.

3.4.3 Síntesis

El concepto de rumiación ha sido descrito por varios investigadores como una tendencia a focalizar reiteradamente la atención en la emociones negativas y sentimientos de malestar (Papageorgiou & Wells, 2003). Los que generalmente suelen provenir de hechos traumáticos y/o eventos vitales experienciados durante el desarrollo de la vida adolescente y adulta.

Nolen- Hoeksema ha sido una de la primeras autoras en investigar este fenómeno lo que derivó en el desarrollo de su teoría "Estilo rumiativo de respuesta", que tras diversos estudios realizados ha logrado determinar la importancia e implicancia que tiene este estilo de respuesta en el desarrollo y sintomatología de variados trastornos mentales y la salud mental de las personas.

Al transcurrir los años, el desarrollo y evolución sobre este constructo ha ido incrementando por lo que se ha logrado definir distintos tipos de rumiación. En el presente estudio se utilizarán las definiciones de rumiación reflexiva y rumiación negativa.

El avance en la investigación de esta temática también ha permitido la creación de distintos instrumentos de medición, en donde el más destacado y utilizado ha sido el RRS (Rumiative Responses Scale) que fue desarrollado por Nolen-Hoeksema y ha sido adaptado para distintos idiomas y países.

Una variedad de autores que han centrado sus estudios en el concepto de rumiación han logrado determinar las relaciones de este y distintos trastornos mentales, destacando principalmente la estrecha relación con los trastornos y sintomatología de depresión y ansiedad, en donde la rumiación jugaría un rol fundamental en el desarrollo de éstas (Cova, Rincón y Melipilla, 2009).

El estilo de pensamiento rumiativo es desarrollado en distintas etapas de la vida, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor. Este último ha generado mayor importancia para el presente estudio dada la alta prevalencia de sintomatología depresiva y

ansiosa en este grupo etario, y las consecuencias negativas que esto puede generar para la salud mental y el desarrollo óptimo de la adultez mayor.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Diseño de investigación

El presente estudio es clasificado como una investigación no experimental de tipo descriptivo correlacional, ya que inicialmente se pretendió describir cómo se desarrollan y desenvuelven los distintos factores psicológicos de la población de adulto mayor en el enfrentamiento ante sucesos vitales, luego se realizó un análisis de las relaciones existentes entre las distintas variables y la salud mental en ésta misma población.

4.2 Muestra

El muestreo es de tipo intencional no aleatorio, por lo que los participantes a evaluar durante esta investigación fueron personas adultos mayores, que cumplieron con los siguientes criterios para su participación en el estudio:

- Ser Mayor de 60 años.

-No encontrarse institucionalizado (hospitales, casa de reposo, asilos, etc.), ni presentar enfermedades tanto físicas como mentales que le impidieran participar de forma óptima en los procedimientos evaluativos de este estudio.

La muestra se constituyó por 50 adultos mayores que cumplieron los requisitos establecidos.

4.3 Procedimiento

4.3.1 Reclutamiento

El reclutamiento se realizó mediante contacto con Servicio Nacional del Adulto Mayor, sede Valparaíso.

También se reclutó mediante el contacto de distintos clubes del adulto mayor ubicados en la V región de Valparaíso, que decidieron acceder a entregar su colaboración.

Además, se contó con la participación de adultos mayores que de forma voluntaria quisieron colaborar en esta investigación.

4.3.2 Consentimiento Informado

El consentimiento informado se dio a conocer a la población adulto mayor que fue partícipe del presente estudio de forma escrita, a través de una hoja informativa donde se describieron los objetivos de la investigación, los procedimientos a seguir y lo que se esperaba encontrar finalizado el estudio.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Características Sociodemográficas

Se incluyeron en el protocolo de evaluación preguntas específicas para conocer datos sociodemográficos básicos de los participantes: sexo, edad, estado civil y número de años de educación. Además, se recogió información de las condiciones económicas de las personas mediante la pregunta: « ¿Considera que sus condiciones económicas actuales son suficientes para afrontar adecuadamente el día a día?». El formato de respuesta era dicotómico: sí/no.

4.4.2 Salud Física

Para evaluar la salud de los participantes se utilizaron las subescalas de salud general percibida, vitalidad y función física de la versión española del Cuestionario de Salud SFDe la subescala de salud general percibida, que consta de 2 ítems, se empleó únicamente uno («En general, ¿cómo diría que es su salud?»), con 5 opciones de respuesta tipo Likert (0 = muy buena; 1 = buena; 2 = normal; 3 = mala, y 4 = muy mala). La subescala de vitalidad consta de 4 ítems y evalúa la percepción subjetiva de los participantes acerca de su propio estado de vitalidad y/o cansancio en las últimas 4 semanas. Los ítems (por ejemplo, “Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió

lleno de vitalidad?") tienen un formato de respuesta tipo Likert, con 6 opciones de respuesta (entre 0 - nunca, y 6 - siempre). Las propiedades psicométricas obtenidas en su adaptación a la población española aceptables, mostrando una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,74. Por otro lado, la subescala de función física evalúa la percepción de las personas sobre su propia capacidad para realizar algunas actividades en un día normal, mediante 10 ítems (por ejemplo, "Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?"), con opciones de respuesta tipo Likert que varían entre 0 (no me limita nada) y 2 (sí, me limita mucho). En el trabajo original se obtuvo un buen índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,84.

4.4.3 Bienestar Psicológico

Se evaluó mediante la adaptación al castellano de la versión de van Dierendonck de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, realizada por Díaz et al. Está compuesta por 39 ítems (por ejemplo, "Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas") que se distribuyen en 6 subescalas: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Las opciones de respuesta de todas las subescalas son de tipo Likert, con 6 opciones de respuesta (0 = totalmente en desacuerdo, hasta 5 = totalmente de acuerdo).

4.4.4 Sintomatología Depresiva

La sintomatología depresiva se evaluó mediante la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D), que evalúa la frecuencia de aparición de síntomas depresivos en la última semana, mediante 20 ítems (por ejemplo, "Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos"), con un formato de respuesta de 4 opciones tipo Likert (0 = raramente o nunca a 3 = todo el tiempo). La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala original varía entre 0,85 (con población) y 0,90 (con población clínica).

4.4.5 Nivel de Ansiedad

El nivel de sintomatología ansiosa se midió mediante el Inventario de Ansiedad Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory [GAI]); en su versión validada al castellano por Márquez-González et al. Consta de 20 ítems (por ejemplo, "Me paso mucho tiempo preocupado") con formato de respuesta dicotómica (de acuerdo o en desacuerdo). La versión original presenta excelentes propiedades psicométricas, tales como un alfa de Cronbach de 0,9154.

4.4.6 Rumiación

Esta variable ha sido evaluada mediante la versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida), compuesta por 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert, con 4 opciones de respuesta (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = frecuentemente, y 3 = siempre). Dichos ítems (por ejemplo, "Piensa en lo solo que se siente") evalúan la tendencia a emplear la rumiación (entendida como la repetición recurrente de pensamientos negativos) cuando la persona está experimentando sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento. Los datos sobre consistencia interna en la población mayor han sido excelentes, encontrándose un alfa de Cronbach de 0,91.

4.4.7 Impacto Psicológico de Sucesos Vitales Pasados

De cara a evaluar si las personas han experimentado determinados sucesos vitales en el pasado, así como el impacto emocional que tienen en la actualidad tales sucesos, se han desarrollado para este trabajo las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados (EEIPSV): a) escala de ocurrencia de sucesos vitales (EO); b) escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales pasados (EPR); y c) escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP).

4.4.8 Escala de Ocurrencia de Acontecimientos Vitales

Con el objetivo de disponer de una escala breve de fácil aplicación a las personas mayores, se desarrolló una escala que evalúa 14 sucesos vitales significativos, tomando como referencia los sucesos vitales propuestos en la escala de Holmes y Rahe, así como la clasificación en sucesos vitales positivos y negativos llevada a cabo por Sarason et al. En primer lugar, se eligieron aquellos sucesos con mayores índices de unidad de cambio vital incluidos en la revisión que Miller y Rahe llevaron a cabo de la Escala de Reajuste Social. Específicamente, se seleccionaron los ítems de matrimonio, muerte del cónyuge, muerte de un familiar cercano, enfermedad o lesiones propias y cambio en la salud de un familiar. Se añadieron, además, otros ítems señalados por Miller y Rahe con elevados índices de unidad de cambio vital, que fueron fusionados para este trabajo, por incluir contenidos parecidos (divorcio con separación matrimonial, embarazo con nuevo miembro en la familia, despido laboral con retiro laboral y cambio a un tipo distinto de trabajo y, por último, cambio del estado económico con ejecución de una hipoteca o préstamo y cambio del estado económico). Finalmente, se incluyeron algunos ítems de potencial relevancia para la población mayor (conflicto familiar importante, conocer nuevas amistades, conflictos con amistades y viajes realizados), dada la estrecha relación existente entre el bienestar psicológico y variables como las relaciones sociales y el apoyo social.

Para cada uno de los sucesos evaluados los participantes debían indicar si el suceso vital le había ocurrido o no a lo largo de su vida, con opciones de respuesta “sí” o “no”.

4.4.9 Escala de Pensamiento Rumiativo sobre Sucesos Pasados

A partir de la EO se crearon dos escalas cuyos ítems debían ser respondidos en el caso de que el acontecimiento evaluado hubiese sido experimentado por la persona a lo largo de su vida. La primera escala, denominada EPR, evalúa un tipo de pensamiento repetitivo y generador de malestar emocional acerca de los sucesos vitales pasados evaluados en la EO. Concretamente, para cada suceso vivido los participantes debían responder a la pregunta "¿Con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole malestar o amargura?". Las opciones de respuesta para esta pregunta fueron de tipo Likert de 4 opciones (0 = nunca; 1 = alguna vez; 2 = bastante; 3 = mucho), por lo que, para todos los sucesos vitales, la medida es directa: mayores puntuaciones en esta escala implican mayores niveles de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.

4.4.9.1 Escala de Crecimiento Personal Asociado a Sucesos Vitales Pasados

La segunda escala derivada de la EO ha sido denominada ECP y evalúa el grado en el que la persona percibe que ha experimentado algún tipo de crecimiento personal tras la vivencia de los sucesos vitales. Esta variable se formula mediante la siguiente pregunta: "¿Hasta qué punto ha extraído algo positivo (aprendizaje, crecimiento personal) de esta

experiencia?". Las opciones de respuesta para esta pregunta fueron de tipo Likert, con 4 opciones (0 = nada; 1 = algo; 2 = bastante; 3 = mucho) por tanto, para todos los sucesos vitales la medida es directa, lo que supone que mayores puntuaciones en esta escala implican mayores niveles de crecimiento personal asociado a sucesos vitales.

4.5 Plan de Análisis de Datos

El procesamiento de los datos estadísticos se realizó a través del software estadístico IBM SPSS.

Para el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores evaluados, la evaluación de los sucesos vitales y bienestar Psicológico, se llevaron a cabo pruebas de estadística descriptiva, tales como, frecuencia (%), media (Me) y desviación estándar (d.e). Finalizado el análisis descriptivo, se estudió la distribución normal de los datos, el que se realizó mediante la observación de Histograma de las distribuciones y la realización de la prueba Shapiro-Wilk. No satisfecho este criterio, se continuó el procesamiento estadístico con pruebas estadísticas no paramétricas.

Posterior al procedimiento descriptivo y exploratorio, el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas, con la ocurrencia de sucesos vitales y bienestar psicológico fue realizado mediante las pruebas U de Mann Withey (U) y Wisconxon(W), para las variables nominales, y correlación de spearman (Rs), para las variables continuas.

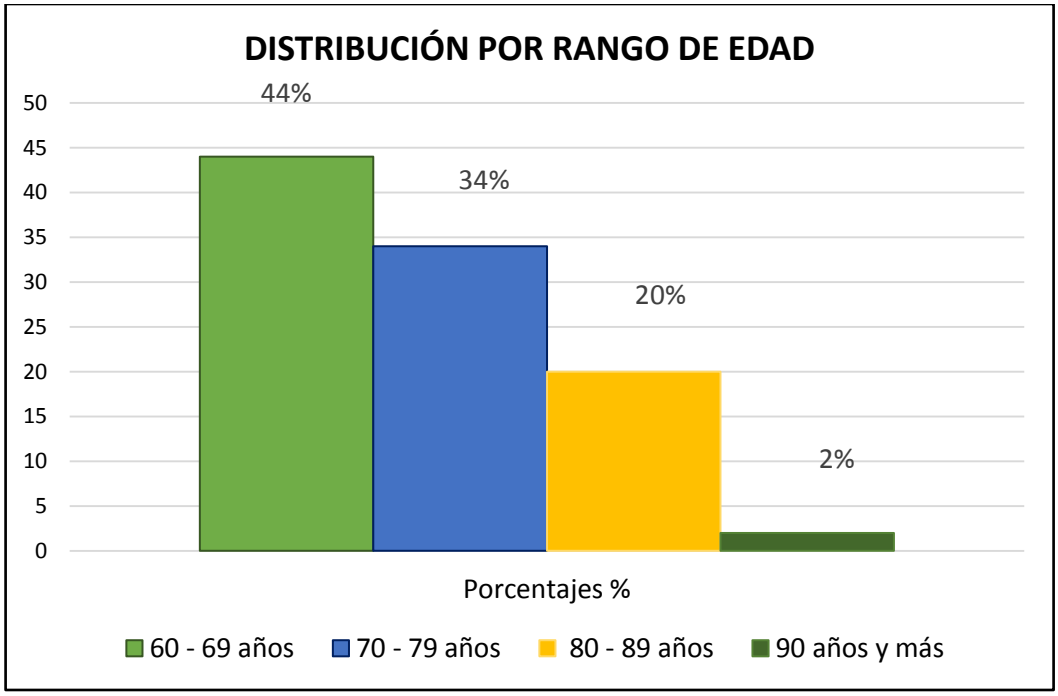
5. RESULTADOS

5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRFICAS

5.1.1 Edad

En el presente estudio, la edad de los adultos mayores entrevistados se distribuyó en un rango etario entre los 60 y los 92 años de edad. El mayor porcentaje correspondió al 44% y se ubicó entre los 60 y 69 años. El 43% de la muestra se ubicó en un rango entre 70 y los 79 años, mientras que el 20% lo hizo entre los 80 y los 89 años de edad. El 2 % corresponde a personas de 90 años y más. La edad promedio de la muestra fue de 72 años (d.e: 8,2). (Gráfico N°1)

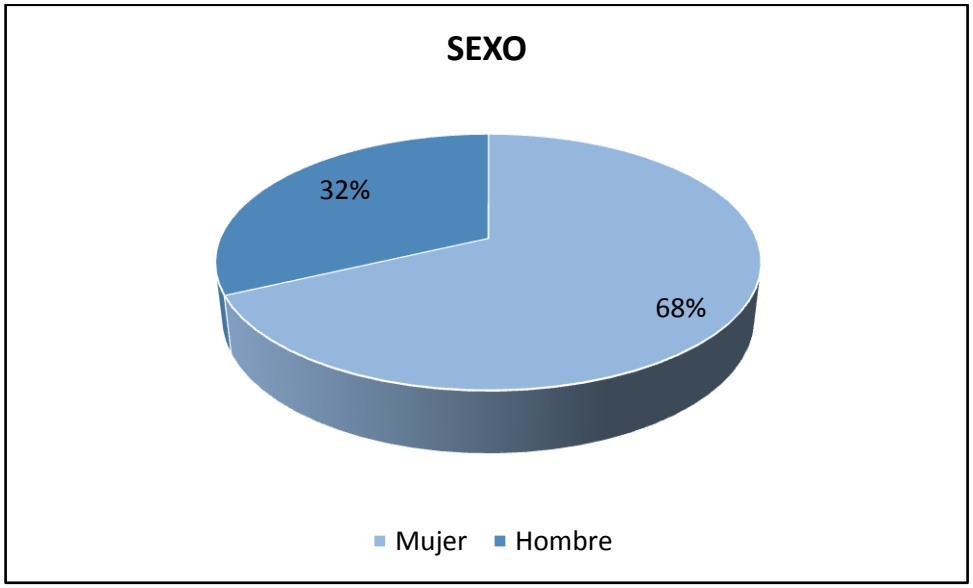
Grafico N° 1. Distribución por rango etario



5.1.2 Sexo

De igual modo, se observó una mayor prevalencia del género femenino. Del total, el 68% correspondió a mujeres y el 32% a hombres (Gráfico N° 2).

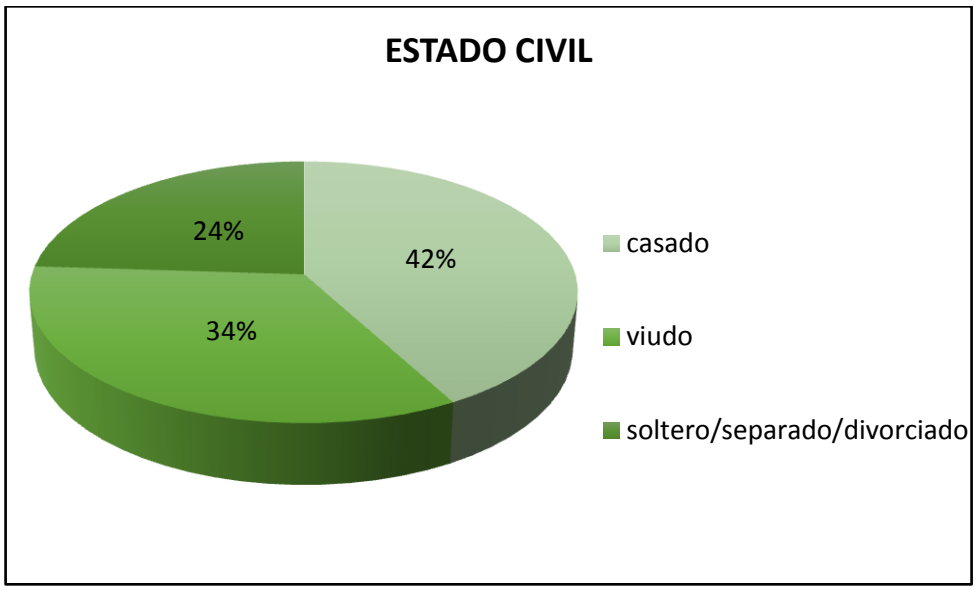
Gráfico N° 2. Distribución por sexo del adulto mayor



5.1.3 Estado Civil

Respecto al estado civil de los participantes, los resudados arrojaron que el 42% reporta estar casado o en pareja, el 34% viudo y el 24% soltero o separado (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3. Distribución Estado civil

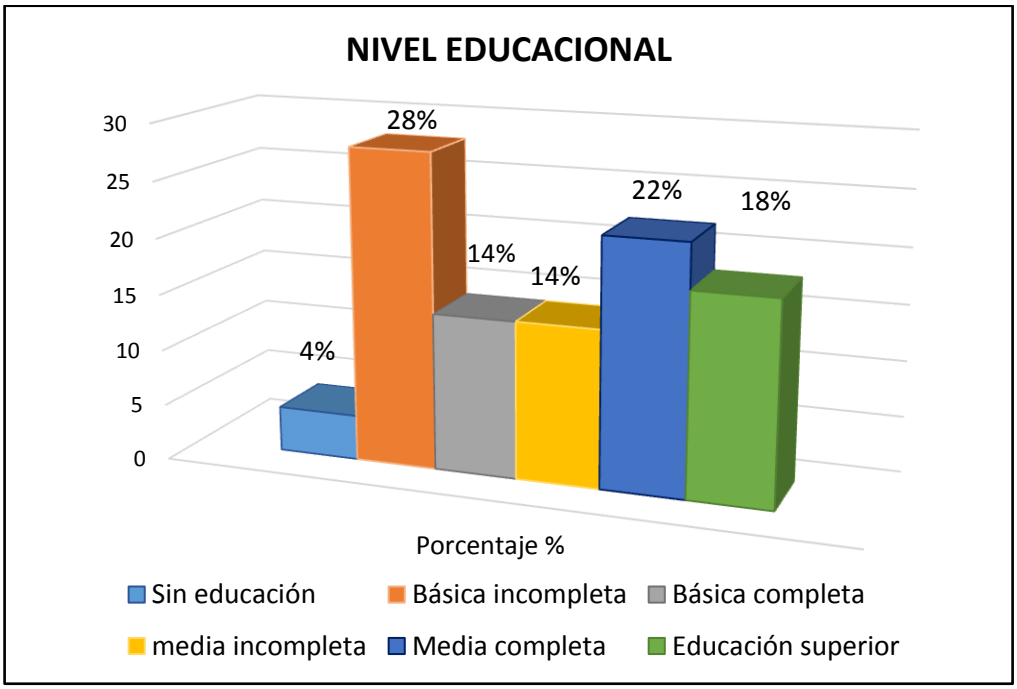


5.1.4 Nivel Educacional

En relación a los años de educación formal completa, los datos indican que la información obtenida permitió establecer que en promedio los participantes asistieron 9 años a la educación formal, existiendo personas que no tuvieron educación formal y personas que asistieron por 20 años. A su vez se pudo establecer que el 14% de la muestra registra enseñanza básica completa, el 22% enseñanza media completa y el 18% educación superior.

Por otro lado, se registra que el 28% de la muestra presenta enseñanza básica incompleta, el 14% enseñanza media incompleta y el 4% de la muestra la componen adultos mayores sin escolaridad. (Gráfico N° 4).

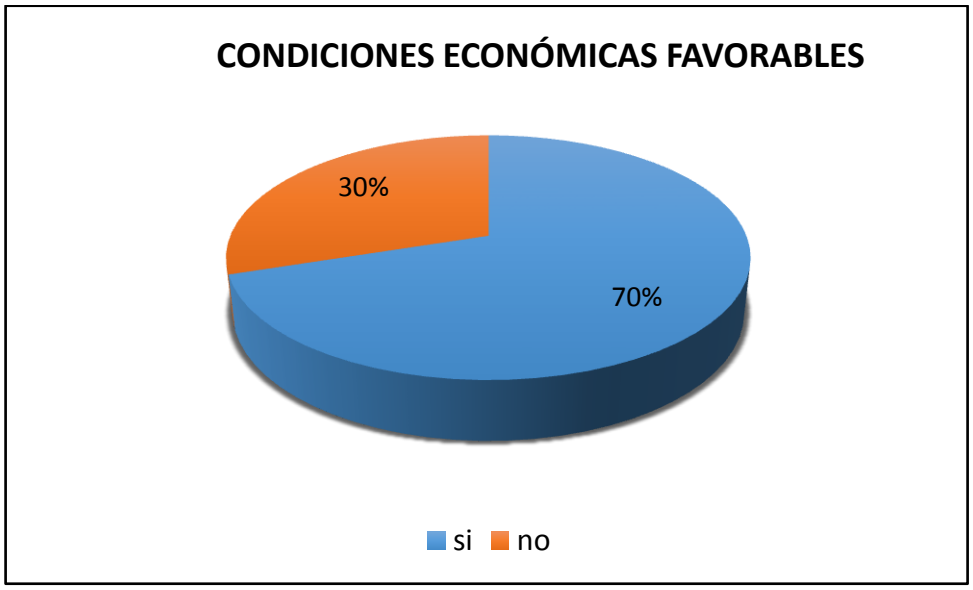
Gráfico N° 4. Porcentajes de escolaridad del adulto mayor



5.1.5 Condiciones Económicas

De acuerdo a los datos analizados, se observa que el 70% de los participantes considera que sus condiciones económicas son favorables. El otro 30% consideran que sus condiciones económicas no son suficientes para cubrir sus gastos y necesidades (Gráfico N° 5).

Gráfico N° 5. Condiciones económicas favorables



5.2 CARACTERÍSTICAS DE SALUD, PSICOSOCIALES Y CLINICAS

5.2.1 Características de salud del adulto mayor

Entre las variables de salud que se evaluaron, se consideró percepción general de salud, enfermedades diagnosticadas y función física.

5.2.1.1 Percepción de Salud y Enfermedades Diagnosticadas

Ante la pregunta "¿Cómo considera usted su salud?", se pudo observar que un 52% del grupo de adulto mayor considera que tiene una buena o muy buena salud, un 28 % cree

que salud es normal, mientras que un 20% de las personas entrevistadas dice tener una mala o muy mala salud (Gráfico N°6).

De los datos aportados por los adultos mayores, se logró extraer que un 66% de ellos sufre de al menos una enfermedad diagnosticada, mientras que un 34% de este grupo etario dice no padecer ninguna enfermedad (Gráfico N° 7). Dentro de este 66% que dice padecer una enfermedad, se logró detallar que el 54,54% de las personas diagnosticadas padece al menos una enfermedad, el 30.3% sufre de 2 enfermedades y el 15,15% sobrelleva 3 o más enfermedades (grafico N°8).

Gráfico N° 6. Reporte de Salud percibida por el adulto mayor

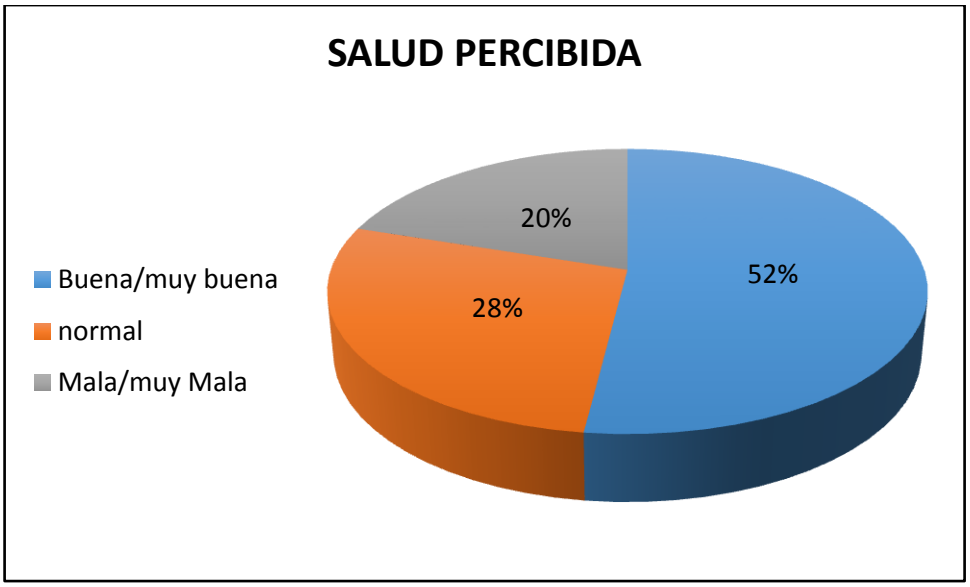


Gráfico N° 7. Enfermedades diagnosticadas

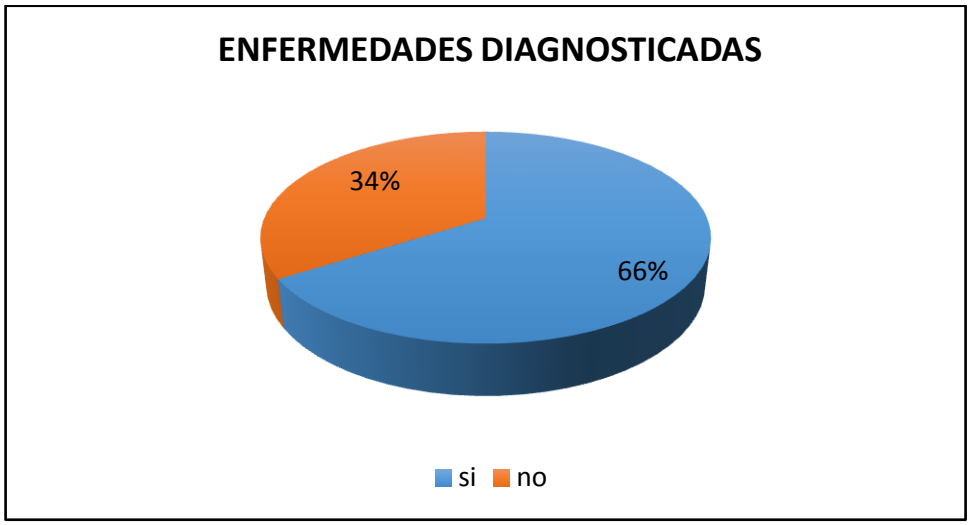
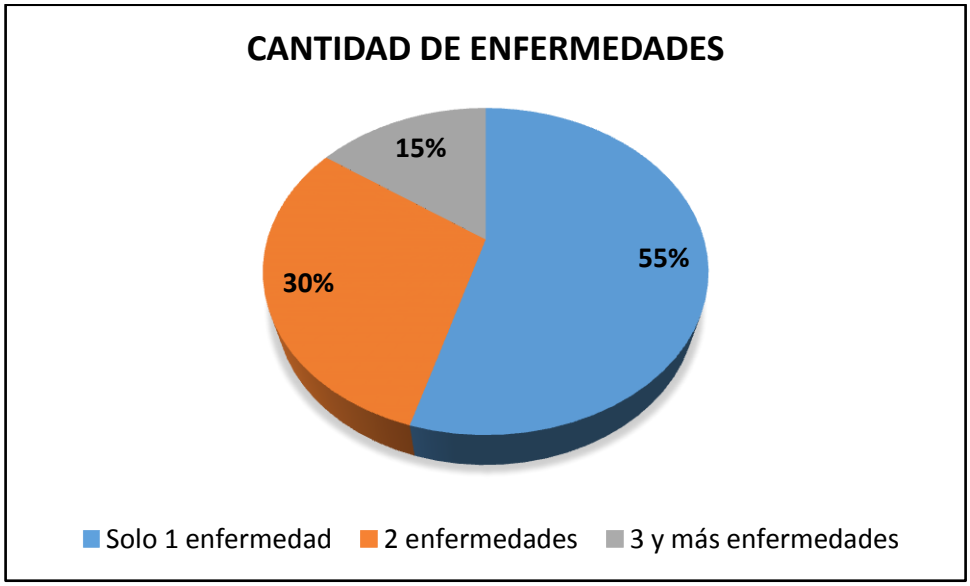
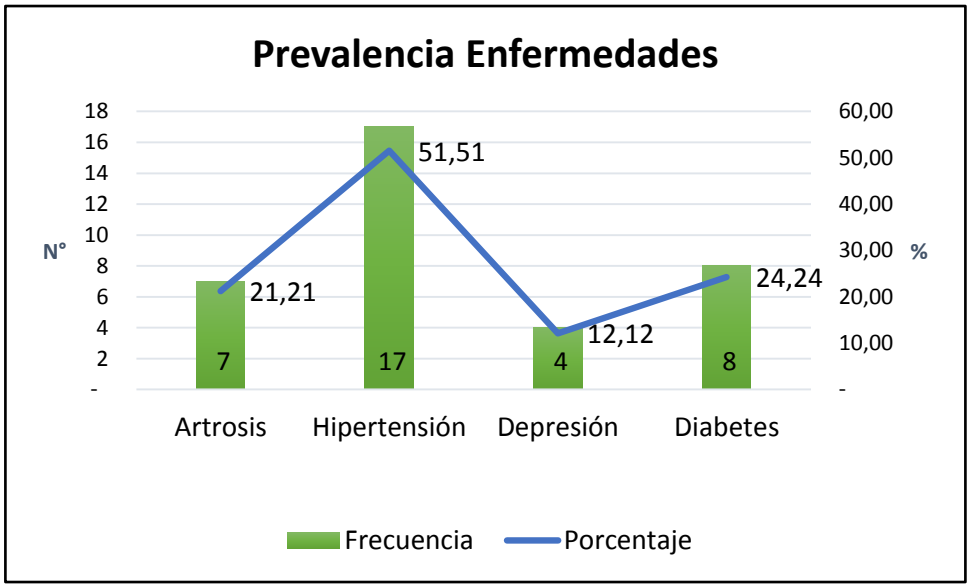


Gráfico N° 8. Número de enfermedades diagnosticadas en el adulto mayor.



Siguiendo la misma línea de análisis de datos sobre la salud del adulto mayor, se logró establecer que las enfermedades con mayor prevalencia dentro del grupo de estudio fueron hipertensión (51%), diabetes (24,24%), artrosis (21,21%) y depresión (12,12%). (Gráfico N°9)

Gráfico N° 9. Prevalencia de enfermedades en el adulto mayor



5.2.2 Características Psicosociales y Clínicas

5.2.2.1 Percepción de Soledad y Aburrimiento

Respecto al sentimiento de soledad reportado por los adultos mayores evaluados, se obtuvo que el 46% nunca o casi nunca se siente solo, el 40% sólo a veces, mientras que el 10% de los evaluados dice sentirse solo/sola casi siempre, el 4% que indica sentirse solo bastantes veces (Gráfico N° 10).

Dentro del mismo reporte se consiguieron los siguientes resultados respecto de la pregunta *"¿usted diría que se aburre?*, un 44% dice no aburrirse nunca o casi nunca, un 36% solo se aburre a veces, mientras que un 20% dice aburrirse casi siempre y bastantes veces (Gráfico N° 11).

Estos resultados indican, de forma general, que las personas evaluadas en su mayoría se sienten acompañadas y se entretienen en su vida en contraposición de un porcentaje menor que reporta sentirse sola y aburrirse constantemente.

Gráfico N° 10. Percepción de soledad

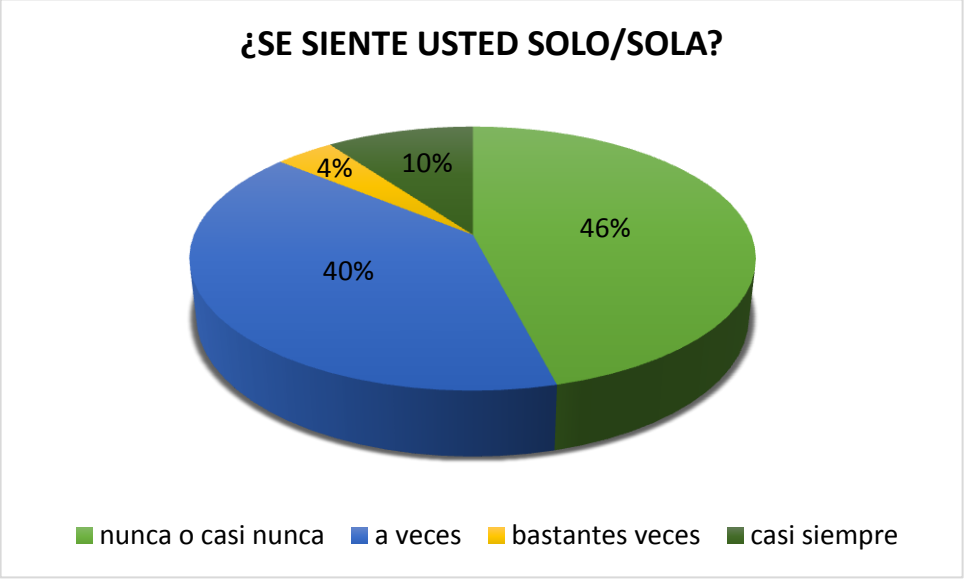
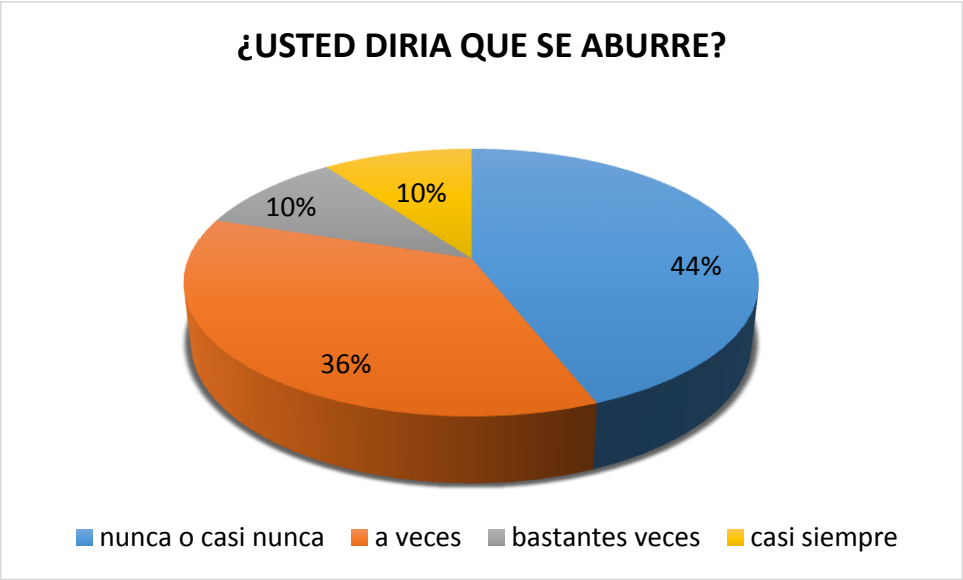


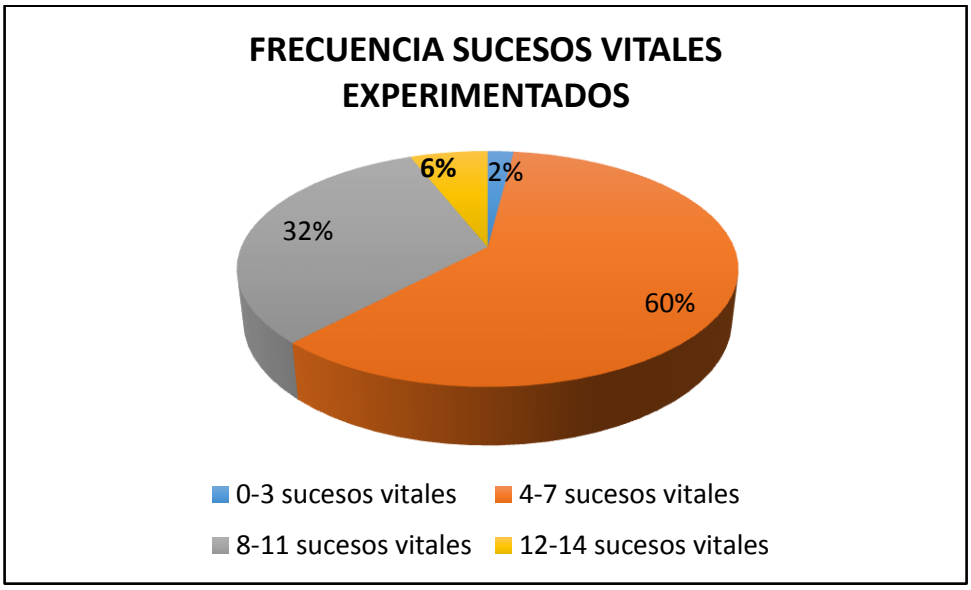
Gráfico N° 11. Percepción de aburrimiento



5.2.2.2 Sucesos Vitales

En consideración a la escala de Sucesos Vitales, se observó que un 60% de las personas evaluadas había experimentado entre 4 y 7 sucesos vitales a lo largo de su vida, un 32% experimentó entre 8 y 11, un 6% vivió entre 12 y 14 y tan solo un 2% vivió menos de 3 sucesos vitales (Gráfico N° 12).

Gráfico N° 12. Frecuencia de sucesos vitales experimentados



En relación a lo anterior, la escala de Sucesos vitales es segmentada en dos Sub-escalas; la sub-escala de sucesos vitales Positivos y la de sucesos vitales Negativos.

De la Sub-escala de sucesos vitales positivos, se desprende que un 28% de este grupo de personas ha vivido 4 sucesos vitales positivos, un 24% ha experimentado 5 de estos, un 22% ha vivido 3 acontencimientos positivos, un 20% ha experimentado 2 eventos positivos y un 6% ha vivido al menos un suceso vital positivo (Gráfico N° 13).

Para la Sub escala de sucesos Vitales Negativos se observa que un 62% de los evaluados experimentó entre 0 y 3 sucesos vitales negativos, un 26% vivió entre 4 y 6

sucesos vitales negativos y un grupo de 6 personas logro experimentar entre 7 y 9 sucesos vitales negativos, lo que corresponde al 12% del grupo total (Gráfico N° 14).

Gráfico N° 13. Frecuencia de sucesos vitales positivos

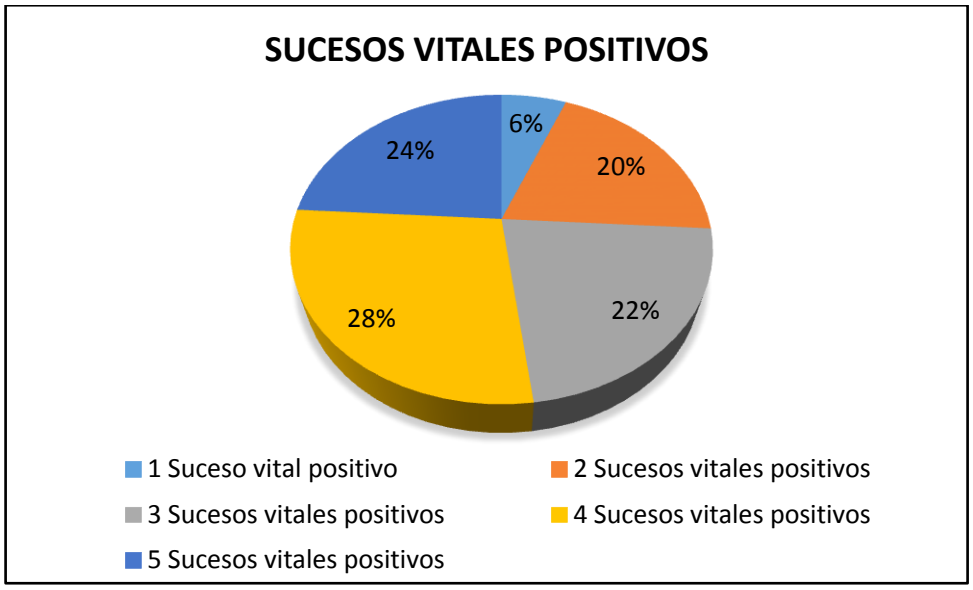
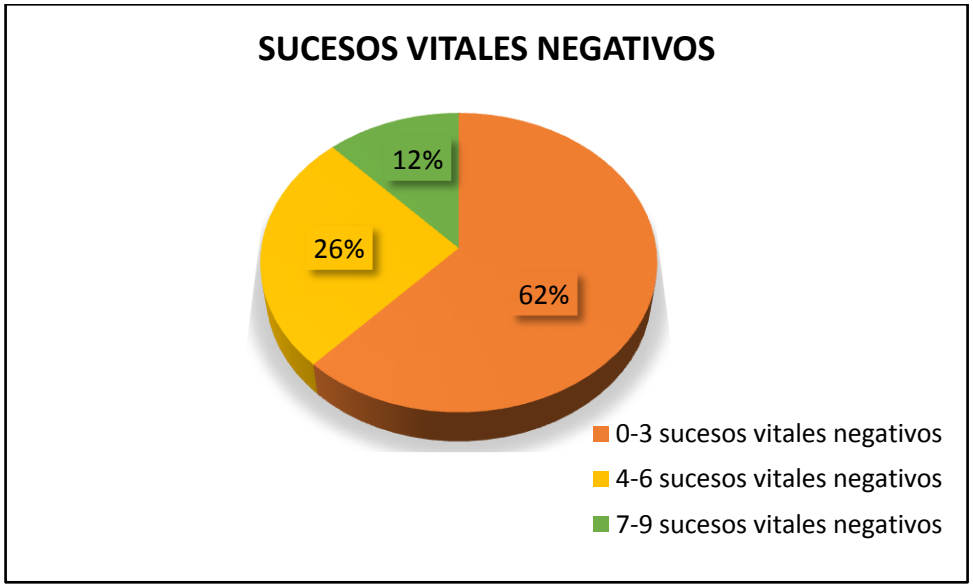


Gráfico N° 14. Frecuencia de sucesos vitales negativos



5.2.2.3 Crecimiento Personal y Rumiación sobre Sucesos Vitales

Respecto de las estrategias de afrontamiento a los sucesos vitales tanto positivos como negativos, se identificó que los participantes presentaron en la estrategia "crecimiento personal sobre sucesos vitales" un promedio de 12,9 y 7,32 en crecimiento personal sobre sucesos vitales y rumiación sobre sucesos vitales respectivamente. Estos puntajes nos indican que, de forma general, las personas evaluadas tienden a utilizar en mayor medida estrategias de crecimiento personal en relación a los sucesos vitales vividos.

Por su parte, respecto del crecimiento sobre sucesos vitales, de una escala de 0 a 14, los participantes presentaron un puntaje promedio de 8,36 (d.e= 3,9) en la subescala de crecimiento personal sobre sucesos vitales positivos y de 4,54 (d.e = 3,1) en la subescala de crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos. Finalmente respecto de la estrategia de rumiación se pudo establecer que de una escala de 0 a 42, los participantes presentaron un puntaje promedio de 1,86 (d.e=2) en la subescala de rumiaciones sobre suceso vitales positivos y un puntaje promedio de 5,46 (d.e=4,4) para la subescala de rumiaciones sobre sucesos vitales negativos. (Tabla N°1)

Tabla N°1. Estadísticos descriptivos Crecimiento personal y Rumiación

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Crecimiento personal	3	25	12,90	5,459
Crecimiento S.V. Positivo	1	15	8,36	3,916
Crecimiento S.V. Negativo	0	13	4,54	3,177
Rumiación	1	22	7,32	5,579
Rumiación S.V. Positivo	0	7	1,86	2,041
Rumiación S.V. Negativo	0	19	5,46	4,464

5.2.3 Función física, síntomas depresivos y nivel de ansiedad

En relación a la función física, se observó en los adultos mayores una adecuada capacidad de llevar a cabo todo tipo de actividades físicas y una baja limitación en su estado de salud; esto se refleja en la escala de función física en donde de una escala de 0 a 20 obtuvieron un puntaje promedio de 6,0 (d.e = 5,96). En la misma línea de análisis, las escalas de sintomatología depresiva y nivel de ansiedad arrojaron que ambos niveles fueron bajos, mostrando una media de 16,0 de rango de 0 a 60 puntos y 14,1 de un rango de 0 a 20 respectivamente. Cabe destacar, que en la escala de Sintomatología depresiva a mayor puntaje mayor existencia de sintomatología depresiva, mientras que en la escala de Ansiedad a mayor puntaje menor nivel de ansiedad.

La escala de Apoyo Social reflejó que el grupo estudiado posee buen nivel de apoyo social, obteniendo de una escala de 0 a 18, un puntaje promedio de 12,08 con una desviación estándar de 4,659.

Finalmente, en la escala de Rumiación, presentaron una media 10,02 de un rango de 0 a 30 puntos, lo que indica una baja utilización de pensamiento rumiativo en los adultos mayores. (Tabla N°2)

Tabla N°2. Estadísticos descriptivos escalas clínicas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Función física	50	0	19	6,00	5,966
Sintomatología depresiva	50	0	44	16,00	9,508
Ansiedad	50	0	20	14,10	6,290
Bienestar psicológico	50	63	170	126,32	27,565
Rumiación	50	0	30	10,02	8,918
Apoyo social	50	1	18	12,08	4,659

5.3 RELACIÓN ENTRE SEXO, SUCESOS VITALES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CARACTERISTICAS CLINICAS DEL ADULTO MAYOR

5.3.1 Relación entre Sexo y Variables Clínicas

La realización de un análisis estadístico de prueba U de Mann Whitney sobre variables no paramétricas, permitió señalar que existe relación entre la variable Sexo y algunas de las variables clínicas.

Las variables clínicas que se vieron más afectadas por el sexo de las personas evaluadas, y en las cuales se estableció una relación significativa, fueron Sintomatología depresiva (p=0.001), Nivel de ansiedad (p=0,058) y Función física (p=0,002). De este modo, las mujeres presentaron mayor Función física (PM=29,87; PH=16,22), Sintomatología depresiva (PM=29,99; PH=15,97), y Rumiación sobre sucesos vitales (PM=27,79; PH=20,63) mientras que los hombres mayor Nivel de ansiedad (PM=22,99; PH=31,16 (Ver Tabla N°3).

Tabla N°3. Rangos promedios escalas clínicas según sexo

	Sexo	N	Promedio	Estadístico	p
Función física	Mujer	34	29,87	U= 123,5	0,002
	Hombre	16	16,22		
Sintomatología	Mujer	34	29,99	U=119,5	0,001
Depresiva	Hombre	16	15,97		
Nivel de ansiedad	Mujer	34	22,84	U=181,5	0,058
	Hombre	16	31,16		
Bienestar Psicológico	Mujer	34	25,96	U=256,5	0,747
	Hombre	16	24,53		
Crecimiento personal	Mujer	34	24,82	U=249	0,631
sobre Suceso Vitales	Hombre	16	26,94		
Rumiación sobre	Mujer	34	27,79	U=194	0,103
Sucesos Vitales	Hombre	16	20,63		
Rumiación	Mujer	34	27,43	206,5	0,172
	Hombre	16	21,41		

5.3.2 Relación entre Sucesos Vitales y Estrategias de Afrontamiento

En la tabla Nº 4, se pudo observar que los sucesos vitales experimentados se relacionaron significativamente, tanto con el índice de Crecimiento personal como con el de Rumiación sobre sucesos vitales (Rs=0,621, p<0,01; Rs=0,579, p<0,01 respectivamente). Dicha relación, en ambos casos, fue de intensidad moderada y directa. Es decir, a mayor cantidad de Sucesos vitales experimentados a lo largo de la vida, mayor uso de estas estrategias de afrontamiento.

En relación a los sucesos vitales negativos existe una correlación significativa entre estos y el estilo rumiativo (Rs=0,639, p<0,01), lo que quiere decir que a mayor vivencia de acontecimientos vitales negativos, mayor es el uso del pensamiento rumiativo asociado a determinados sucesos vitales.

En esta misma línea, la correlación entre sucesos vitales positivos y el crecimiento personal sobre dichos sucesos es positiva y significativa (Rs=0,717, p<0,01). Esto quiere decir que, a mayor cantidad de sucesos vitales positivos experimentados, existiría un aumento en el crecimiento personal. (Tabla N°4)

Tabla N° 4. Correlación Acontecimientos Vitales

		Crecimiento personal sobre sucesos vitales	Rumiación sobre sucesos vitales
Sucesos Vitales	Coeficiente de correlación	,621**	,579**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
Sucesos vitales Negativos	Coeficiente de correlación	,255	,639**
	Sig. (bilateral)	,074	,000
Sucesos vitales positivos	Coeficiente de correlación	,717**	,074
	Sig. (bilateral)	,000	,608

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

5.3.3 Relación entre Sucesos Vitales, Estrategias de Afrontamiento, Estilo Rumiativo, Nivel de Ansiedad, Sintomatología Depresiva y Apoyo Social

De acuerdo a lo que se observa en la tabla Nº 5, se pudo observar una correlación positiva y significativa entre rumiación sobre sucesos vitales y sintomatología depresiva (Rs=0,483, p<0,01). Mientras que se evidenció una correlación negativa entre crecimiento personal y sintomatología depresiva (Rs=-0,420, p<0,01). En otras palabras, a mayor uso de pensamiento rumiativo como método de afrontamiento sobre sucesos vitales, mayor es la probabilidad de la presencia de sintomatología depresiva en las personas. En contraposición, a mayor uso de crecimiento personal como modo de afrontamiento, menor será probabilidad de presentar sintomatología depresiva.

Por su parte, se observó una correlación significativa moderada e inversa, entre nivel de ansiedad y la rumiación sobre sucesos vitales (Rs= -0.457, p<0,01), esto significa que, a mayor uso de rumiación como estrategia de afrontamiento, mayor será el nivel de ansiedad en la persona. Asimismo se reportar la existencia de una relación estadísticamente significativa directa y de baja intensidad entre el nivel de ansiedad y la estrategia de afrontamiento crecimiento personal (rs=0,348, p<0,05), lo que podría indicar que a mayor uso de la estrategia crecimiento personal menor nivel de ansiedad en los adultos mayores.

Finalmente, se logró establecer la existencia de una correlación significativa directa y moderada, entre el estilo rumiativo y la sintomatología depresiva (Rs=0,650, p<0,01). A su vez una relación estadísticamente significativa, positiva e intensa con el nivel de ansiedad de los adultos mayores (Rs=-0,752, p<0,01). Lo que revela que, a mayor tendencia a emplear el pensamiento rumiativo, mayor será el nivel de ansiedad y la presencia de sintomatología depresiva. (Ver Tabla N°5).

Tabla N° 5. Correlación Sintomatología depresiva, Nivel de ansiedad y Crecimiento personal y Rumiación

		Crecimiento personal sobre S.V.	Rumiación sobre S.V.
Sintomatología Depresiva	Coeficiente de correlación	-,420**	,483**
	Sig. (bilateral)	,002	,000
Nivel de Ansiedad	Coeficiente de correlación	,348*	-,457**
	Sig. (bilateral)	,013	,001

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

5.3.4 Correlación entre Sucesos Vitales, Crecimiento Personal y Rumiación sobre Sucesos Vitales

Según los datos de la tabla N°6, se estableció una correlación positiva significativa entre crecimiento personal (Rs=0,457, p<0,01) y bienestar psicológico de las personas mayores participantes. Es decir, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento de crecimiento personal respecto de los sucesos vitales, mayor bienestar psicológico de los adultos mayores evaluados.

Dentro de la misma escala de Bienestar Psicológico, se logró determinar una correlación positiva significativa entre la sub-escala de Autonomía y Crecimiento personal como estrategia de afrontamiento (Rs=0,542, p<0,01). Mientras que, en la Sub-escala de Propósito en la vida y Rumiación sobre sucesos vitales existe una correlación negativa

significativa (Rs=-0,510, p<0,01), es decir, a mayor cantidad de propósito en la vida, menor será el uso del pensamiento rumiativo en relación a los sucesos vitales.

Respecto de las otras sub-escalas de Bienestar Psicológico no es posible establecer correlaciones significativas con las escalas de Crecimiento personal y Rumiación sobre sucesos vitales. (Tabla N°6).

Tabla N° 6. Correlación bienestar /crecimiento personal Rumiación

		Crecimiento personal sobre S.V.	Rumiación sobre S.V.
Bienestar psicológico	Coeficiente de correlación	,457**	-,444**
	Sig. (bilateral)	,001	,001
Autonomía	Coeficiente de correlación	,542**	-,264
	Sig. (bilateral)	,000	,064
Dominio del entorno	Coeficiente de correlación	,483**	-,365**
	Sig. (bilateral)	,000	,009
Crecimiento personal	Coeficiente de correlación	,399**	-,350*
	Sig. (bilateral)	,004	,013
Propósito en la vida	Coeficiente de correlación	,404**	-,510**
	Sig. (bilateral)	,004	,000
Auto aceptación	Coeficiente de correlación	,330*	-,441**
	Sig. (bilateral)	,019	,001
Relaciones positivas	Coeficiente de correlación	,298*	-,198
	Sig. (bilateral)	,036	,169

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

**. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).*

5.3.5 Correlación entre Estilo Rumiativo, Depresión y Ansiedad

Se logró establecer una correlación significativa entre la escala de Rumiación y escala de Depresión (Rs=0.650, p<0,01), de igual forma con la escala de Ansiedad (Rs=-0,752, p<0,01). Lo que revela que, a mayor tendencia a emplear el pensamiento rumiativo, mayor será el nivel de ansiedad y la presencia de sintomatología depresiva. (Tabla N°7)

Tabla N°7. Correlación entre Rumiación, Sintomatología depresiva, Nivel ansiedad

		Sintomatología depresiva	Nivel de ansiedad	Rumiación
Sintomatología depresiva	Coeficiente de correlación	1,000	-,631**	-,631**
	Sig.(bilateral)		,000	,000
Nivel de ansiedad	Coeficiente de correlación	-,631**	1,000	-,752**
	Sig.(bilateral)	,000		,000
Rumiación	Coeficiente de correlación	,650**	-,752**	1,000
	Sig.(bilateral)	,000	,000	

**. La correlación es significativa en el novel 0,01 (bilateral)

5.3.6 Relación entre Función física, Sintomatología Depresiva, Nivel de Ansiedad y Bienestar Psicológico

Según los resultados obtenidos del análisis de datos, se determinó la existencia de una correlación significativa, moderada y positiva entre función física y la presencia de sintomatología depresiva (Rs=0,485, p<0,01). Del mismo modo, se observó una correlación inversa y de mediana intensidad entre función física y nivel de ansiedad (Rs=-0,325, p<0,05). Según estos valores, se desprende que a mayor función física de los adultos mayores, menor es el nivel de ansiedad y sintomatología depresiva. Es decir, a mayor deterioro físico, mayor será la presencia de sintomatología depresiva y nivel de ansiedad. (Tabla N°8)

Tabla N°8. Relación entre Función física y variables clínicas.

		Sintomatología depresiva	Nivel de ansiedad	Bienestar psicológico
Función física	Coeficiente de correlación	,485**	-,325*	-,138
	Sig.(Bilateral)	,000	,021	,339

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (Bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

5.3.7 Relación entre Apoyo Social y Variables Clínicas

En relación al apoyo social, se observó que existe una intensa correlación entre apoyo social y bienestar psicológico (Rs=0,729, p<0.05). Es decir, a mayor apoyo social percibido por las personas, mayor será la sensación de bienestar. En sentido opuesto, se estableció una correlación negativa con sintomatología depresiva, nivel de ansiedad y rumiación (Rs=-0,586, p<0.01). Es decir, a mayor apoyo social percibido, el uso de pensamiento rumiativo será más bajo. (Tabla N°9)

Tabla N°9. Correlación entre Apoyo social y variables clínicas

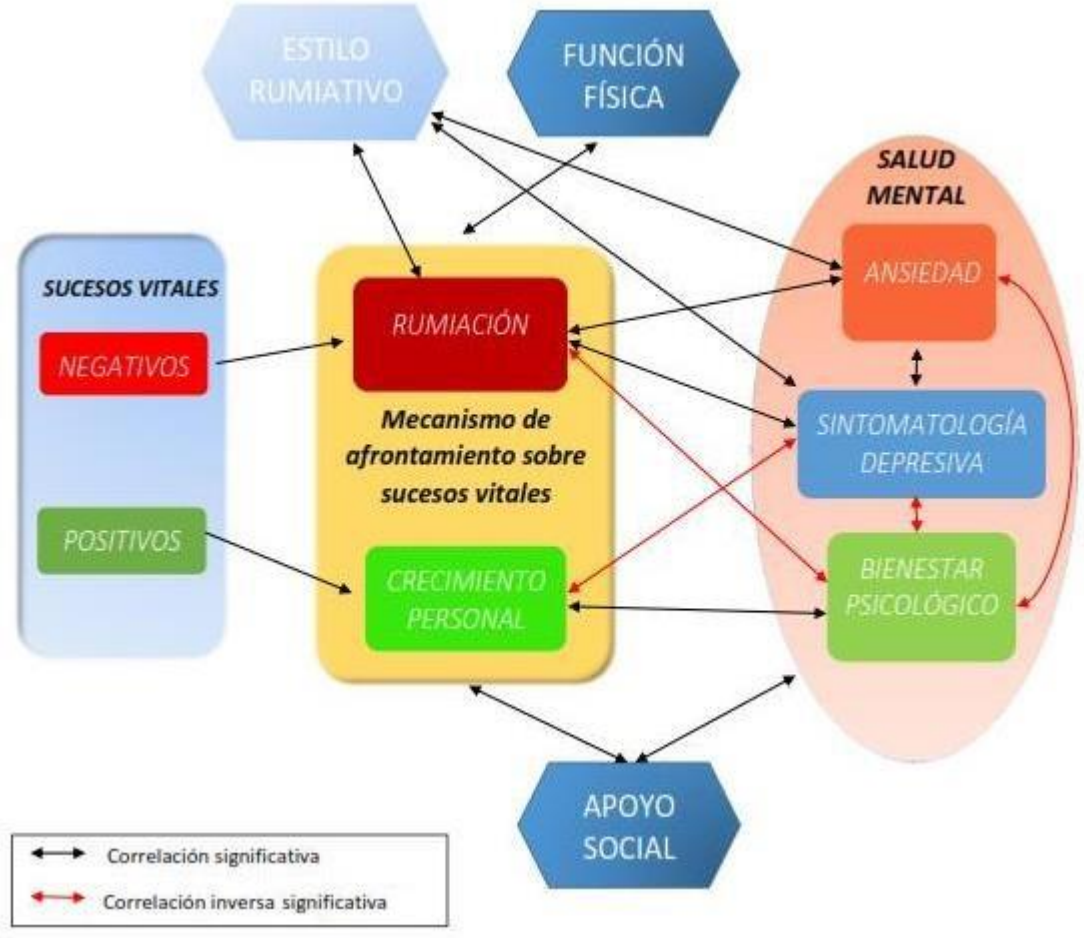
		Sintomatología Depresiva	Nivel de ansiedad	Rumiación	Bienestar psicológico
Apoyo Social	Correlación de Pearson	-,433**	,459**	-,586**	,729**
	Sig. (bilateral)	,002	,001	,000	,000

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

5.4 Modelo de Impacto de Sucesos Vitales de los Adultos Mayores Autovalentes

A continuación se presenta un modelo que muestra las relaciones significativas encontradas entre las variables estudiadas (Figura 1).

Figura 1. Modelo de Impacto de Sucesos Vitales de los Adultos Mayores Autovalentes



6. DISCUSIÓN

El objetivo central propuesto en esta investigación fue determinar el impacto de los sucesos vitales en la salud mental del adulto mayor según los mecanismos de afrontamiento (pensamiento rumiativo y crecimiento personal). Este objetivo fue alcanzado, pudiéndose identificar que las variables de rumiación y crecimiento personal, afectan de forma importante la aparición de sintomatología depresiva con nivel de ansiedad y bienestar psicológico respetivamente, variables determinantes en la salud mental del adulto mayor.

6.1 Características Sociodemográficas

Según los resultados obtenidos por el presente estudio en referencia a las características sociodemográficas de los adultos mayores, se observa que el promedio de edad es de aproximadamente 72 años. El mayor porcentaje (44%) de las edades de los participantes se encuentras en un rango etario entre los 60 y los 69 años de edad. Además, se observó que más de la mitad de la muestra (68%) está compuesta por mujeres. Como se puede apreciar, estas características coinciden con los datos arrojados por otras investigaciones (Cardona et al, 2012; López et al, 2013). La población mundial se caracteriza por un envejecimiento de su estructura por edades, teniendo una mayor concentración el grupo etario entre los 60 y los 70 años aproximadamente. Así mismo se verifica que existe una mayor proporción de mujeres adultas mayores que de hombres.

En relación al estado civil, el mayor porcentaje de los participantes (42%) reportó estar casados, seguidos de las personas viudas (34%) y las personas solas, separadas o divorciadas (24%).

En cuanto a los años de escolaridad del grupo evaluado, se observó que los años de escolaridad promedio fueron de 9,36 años. Un 22% ha cursado la enseñanza media completa, un 18% cuenta con educación superior, un 14% no ha finalizado la enseñanza media, un 28% reporta no haber terminado los 8 años de escolaridad y un 4% no presenta educación formal. Los resultados son los esperados y concordantes a los datos expuestos por la encuesta CASEN (2013).

Respecto a las condiciones económicas, el 70% de la muestra reporta que considera que estas son satisfactorias. De acuerdo a otras investigaciones las condiciones sociodemográficas son factores importantes que influyen en gran medida en la calidad vida de las personas, ya que no solo pueden producir diferentes niveles de bienestar y salud, sino que también permiten tener una mayor comprensión del grupo estudiado (García y Gonzáles, 2000).

6.2 Características de Salud

Los resultados obtenidos en relación a la percepción de salud de los adultos mayores, indican que más de la mitad de la muestra (52%) considera que su salud es “buena”, un 28% “normal” y un 20% “mala”. A primera vista, esto no coincide plenamente con los resultados posteriores que ponen de manifiesto que un 66% de la muestra total del presente estudio presenta una o más enfermedades diagnosticadas, mientras que sólo el

34% no presenta diagnóstico. Sin embargo, la percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud no se relaciona únicamente con la presencia de enfermedades, sino que se ve afectada por otras variables como lo son el apoyo social percibido, la salud mental y la capacidad funcional (Vivaldi, F; Barra E, 2012).

Tomando en consideración al 66% de la muestra que padece alguna enfermedad diagnosticada; aquellas que aparecieron con mayor frecuencia fueron hipertensión (51%), diabetes (24%), artrosis (21%) y depresión (12%). En este sentido, las enfermedades reportadas coinciden con aquellas enfermedades más frecuentes en Chile, y principalmente en la población adulto mayor.

En cuanto a la depresión, si bien se puede presentar en cualquier etapa de la vida, diversas investigaciones indican que la ésta se encuentra dentro de los trastornos más comunes en la población adulto mayor, sin embargo, no se diagnostica, ya que muchos de los síntomas propios de este cuadro, se atribuyen a un estado normal de la tercera edad (Allan, Valkanova & Ebmeier, 2014). En la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) se estableció una prevalencia de síntomas depresivos en el último año de 11% (hombres: 9%; mujeres: 19%) en sujetos sobre los 65 años.

En síntesis, los resultados corresponden a lo esperado para la muestra, ya que si bien es cierto representan enfermedades que pueden ser limitantes en varios sentidos, permiten la autovalencia de la persona que las padece.

6.3 Características de Percepción de Soledad y Aburrimiento

Con respecto al sentimiento de soledad y aburrimiento reportado por los adultos mayores evaluados, se observan resultados similares entre estas dos variables. Alrededor del 45 % indica que nunca o casi nunca se aburre o se siente solo/a. Aproximadamente el 38% reporta que a veces se aburre o se siente solo/a; mientras que el 17% dice sentirse solo y aburrido bastantes veces o casi siempre.

La pérdida de amistades, la reducción de actividades extra domésticas, la viudez, la dispersión de los hijos, las malas relaciones con la familia, entre otras, contribuyen al sentimiento de soledad. Es por esto que tanto en la soledad como en el aburrimiento son importantes los recursos personales, familiares y sociales. Las tareas domésticas, la televisión y la radio como entretenimiento y compañía, las visitas familiares, las comunicaciones telefónicas, el apoyo de las amistades, la participación en actividades sociales, son todos recursos para vencer la soledad y el aburrimiento (Ussel, J; 2001).

Según los resultados obtenidos, la mayor parte de la muestra (83%) se concentra en el “nunca o casi nunca” y “a veces”, lo que significa que éstas personas presentan algunos de los recursos mencionados anteriormente, lo cual ayuda a reducir este sentimiento. Esto concuerda en cierta medida con el hecho de que gran parte de las personas que participaron en esta investigación son miembros de algún club de adulto mayor. Esto quiere decir que cuentan con una red de apoyo social importante. Por otra parte, existe una porción (17%) que indica sentirse solo y aburrido bastantes veces o casi siempre, lo que puede asociarse a factores como la viudez, escaso apoyo familiar y social.

6.4 Características de Sucesos Vitales

Según los resultados obtenidos, la totalidad de la muestra ha experimentados distintos sucesos vitales a lo largo de su vida. El 82% reporta haber experimentado ente 4 y 11 sucesos vitales, el 6% entre 12 y 14 y el 2% entre 0 y 2 sucesos.

Al analizar la sub-escala de sucesos vitales Positivos y la sub-escala de sucesos vitales Negativos podemos dar cuenta que las personas reportan más sucesos vitales positivos que negativos. Según algunas investigaciones el efecto que tienen los sucesos vitales no es igual si este es positivo o negativo. Una investigación realizada por baumeister bratslavsky finkenauer & vohs (2001), demostró que, si bien las personas vivencian una mayor cantidad de eventos positivos, son los eventos negativos los generan un mayor impacto, es decir las consecuencia y efectos que provocan pueden ser más consistentes, multifacéticos y duraderos ya que exigen una mayor capacidad de adaptación y recursos personales. Esto se podría explicar al considerar la intensidad emocional de los sucesos, ya que los sucesos vitales positivos intensos son poco frecuentes, y generalmente son seguidos por periodos rutinarios o línea de base.

6.5 Características de Crecimiento Personal y Rumiación sobre Sucesos Vitales

De acuerdo a los resultados la relación que se observa entre crecimiento personal y rumiación sobre sucesos vitales, depende del número de suceso vitales vividos por las personas. A mayor cantidad de sucesos vitales experimentos, mayor será el crecimiento personal en relación a la rumiación sobre sucesos vitales.

Los datos también indicaron que, de forma general, las personas evaluadas tienden a experimentar más el de crecimiento personal en comparación al pensamiento rumiativo en relación a los sucesos vitales vividos. Esta asociación positiva entre el suceso vital y el crecimiento personal se puede explicar porque los sucesos positivos aumentarían la satisfacción con la vida, así como el bienestar psicológico y social, siendo su efecto más estable en el tiempo. En el caso de los sucesos negativos estos también pueden generar consecuencias positivas y enriquecedoras, ya que sus consecuencia o efectos pueden ser canalizados positiva o negativamente según los procesos cognitivos y afectivos que genere, ya sean estos de tipo negativo (estilo rumiativo, depresión, ansiedad, estrés) o positivos (estrategias o mecanismos de afrontamiento), y el nivel de apoyo social percibido (Páez, 2008).

Un estudio respecto al estrés y el crecimiento postraumático experimentado frente a los desastres naturales, señala que la severidad de este suceso puede generar tanto respuestas negativas como positivas. Esto depende de los mecanismos de afrontamiento, siendo la rumiación sobre tal evento un indicador importarte. En este sentido, el estilo rumiativo intrusivo tiene una relación positiva con estrés postraumático, en cambio el estilo rumiativo reflexivo, constructivo y deliberado con el crecimiento personal, ya que este tipo de rumiación permite comprender y dar sentido a la vivencia, por lo cual puede ser posible que tenga un rol fundamental en el cambio de las creencias y esquemas cognitivos de quienes sufren eventos adversos (Martínez, Martínez, Valenzuela y Cova, 2013).

6.6 Factores Clínicos, Psicosociales y Salud Mental

6.6.1 Relación entre Sucesos Vitales, Crecimiento Personal y Rumiación

Existe una correlación significativa entre la cantidad de sucesos vitales vividos y las formas de enfrentar utilizadas por las personas. De acuerdo a los resultados, a mayor cantidad de sucesos vitales experimentados a lo largo de la vida, mayor será el uso de estrategias de afrontamiento.

En relación a los sucesos vitales negativos existe una correlación significativa entre estos y el estilo rumiativo, lo que quiere decir que a mayor vivencia de acontecimientos vitales negativos mayor es el uso del pensamiento rumiativo asociado a determinados sucesos vitales. En esta misma línea, la correlación entre sucesos vitales positivos y el crecimiento personal sobre dichos sucesos es positiva, esto significa que, a mayor cantidad de sucesos vitales positivos vividos, aumentaría el crecimiento personal de dichas personas.

6.6.2 Relación entre Bienestar Psicológico y Variables Clínicas

6.6.2.1 Crecimiento Personal y Rumiación sobre Sucesos Vitales

Según los datos arrojados, se estableció una correlación positiva entre crecimiento personal y bienestar psicológico de las personas. Es decir, a mayor utilización de la

estrategia de afrontamiento de crecimiento personal respecto de los sucesos vitales, mayor será el bienestar psicológico de los adultos mayores evaluados.

Diversas son las investigaciones que indican que los niveles de bienestar psicológico incrementan a mayor presencia de hechos vitales positivos y disminuyen en presencia de hechos vitales negativos. Un estudio realizado por Muratori, Delfino y Zubieta (2012) arrojó que el bienestar psicológico se relaciona de forma directa con los sucesos vitales positivos y de manera inversa con los sucesos vitales negativos. De acuerdo a estos resultados, los sucesos vitales positivos obtuvieron puntuaciones más elevadas en cinco de las seis dimensiones de bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. En el caso de los sucesos vitales negativos, estos se relacionaron con puntuaciones más bajas en tres de las seis dimensiones de bienestar psicológico: auto aceptación, dominio del entorno y propósito en la vida (Muratori, et al, 2012).

Otros estudios respecto a la influencia de los sucesos vitales a lo largo de un periodo de tiempo mostraron que los hechos negativos tienen un impacto significativo en el bienestar psicológico, ya que disminuyen los aspectos positivos y aumentan la afectividad negativa, efecto que puede durar más de un año experimentado el evento. Por el contrario, el impacto de los sucesos positivos tiene sus mayores efectos en los tres primeros meses, ya que la adaptación a ellos es más rápida y exige menos recursos personales, además estos no influyen en la afectividad negativa. Del mismo modo los sucesos negativos impactan más en la afectividad y el pensamiento de las personas, ya que exigen más recursos cognitivos, emocionales y fisiológicos, en respuesta a tales sucesos (Páez, 2008).

6.6.3 Relación entre Crecimiento Personal y Sintomatología Depresiva

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, se determinó la existencia de una correlación negativa entre el crecimiento personal postraumático y la sintomatología depresiva, es decir, a mayor uso de la estrategia de afrontamiento de crecimiento personal menor será la existencia de sintomatología depresiva. Esto se condice con la definición del concepto de crecimiento post traumático que hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Esto también explica que, resignificar una experiencia traumática como algo positivo, se asocia con un mejor ajuste emocional y social. Se ha establecido que las personas con mayor bienestar psicológico, tienen mayores recursos cognitivos y emocionales para valorar los aspectos positivos de los eventos, aún cuando estos sucesos sean adversos (Paez, D., Vázquez, C., et. Al; 2011).

Otros estudios confirman que encontrar beneficios o percibir aspectos positivos en las respuestas propias y de los otros, disminuye la probabilidad de presentar depresión y trastorno post-traumático frente a un evento traumático (Zoellner, T &Maercker, A.;2006).

Es importante destacar que no todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella, por lo tanto el crecimiento postraumático no es hecho universal (Calhoun y Tedeschi, 1999). Algunas personas que han experimentado algún suceso vital traumático, si bien encuentran aspectos positivos en su respuesta a este, estos coexisten con los negativos y por tanto no eliminan el sufrimiento que el trauma produjo. Esto además, se asocia a síntomas de evitación y rumiación.

6.6.4 Relación entre Rumiación y Sintomatología Depresiva con Nivel de Ansiedad

En este estudio, también se obtuvieron resultados que relacionaban significativamente la rumiación sobre sucesos vitales con la existencia de sintomatología depresiva y nivel de ansiedad. En este sentido, reflexionar sobre las experiencias dolorosas acontecidas a lo largo de la vida es algo natural que las personas hacen como manera de reelaborar un hecho que les permita seguir adelante con la vida. Pero es en este proceso de reflexión que, en lugar de obtener una liberación emocional, simplemente se repiten las mismas escenas angustiantes una y otra vez, logrando que las personas se sientan aún más tristes, angustiadas o enojadas. Es este pensamiento repetitivo (rumiación) el que se asocia a consecuencias negativas en el bienestar y salud mental (Cova, F., Rincón, P., Melepillan, A.; 2009).

La rumiación es un tipo de pensamiento repetitivo negativo que implica centrarse en las causas y consecuencias de los propios problemas de manera repetitiva sin dirigirse a la solución de estos problemas. Centrado en esto, es que diferentes estudios demuestran que la rumiación está implicada en la etiología y mantenimiento de la depresión, aumentando el riesgo de sufrir síntomas depresivos en el futuro (Lamas, R.; 2013).

Los estudios se han centrado fundamentalmente en la relación entre rumiación y depresión, sin embargo, la rumiación y el nivel de ansiedad, de la misma manera, se vieron relacionados significativamente en este estudio. Es decir, que a mayor uso del estilo de pensamiento rumiativo mayor serían los niveles de ansiedad presentado por los adultos mayores. Esto se condice, con recientes investigaciones que han mostrado que la relación

de la rumiación con la ansiedad es tanto o más intensa que con la depresión y que incluso, en algún grado, la ansiedad mediaría las relaciones observadas de la rumiación con esta última (Calmes & Roberts, 2007).

Los puntajes obtenidos en este estudio, que relacionan la rumiación con la sintomatología depresiva y el nivel de ansiedad, con una importante correlación, tiene mucho que ver con la comorbilidad que tienen estos trastornos mentales. Ya que, en variadas ocasiones, muchas de las personas presentan una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos. Los síntomas ansiosos más frecuentemente asociados a la depresión son la preocupación, la ansiedad psíquica, la ansiedad somática y la agitación. Existe también una alta incidencia de síntomas de ansiedad en personas depresivas, considerándose que dicha combinación es mayor en pacientes con trastornos de ansiedad que en los que tienen trastorno depresivo (Goncalves, E, González, V., Vázquez, J.; 2008).

6.6.5 Relación entre Sexo y Variables Clínicas

Un estudio que analiza los síntomas de ansiedad en ancianos, determinó que el diagnóstico de ansiedad se asocia con el de depresión (comorbilidad más significativamente relacionada) y con factores como el deterioro cognitivo, ser soltero o vivir solo y el sexo femenino. Este último factor coincide con lo mostrado en este estudio, donde las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad, mayor sintomatología depresiva y mayor uso del estilo de pensamiento rumiativo en relación a los hombres. El incremento de la

sintomatología y trastornos afectivos es particularmente agudo en el género femenino y además existen evidencias que la tendencia rumiativa es mayor en las mujeres que en los hombres (Benabarre, S. et al; 2008); de allí que diversos autores planteen que parte de la mayor prevalencia de síntomas y trastornos afectivos en mujeres respecto a los hombres podría estar mediada por la rumiación (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Cova, F., Rincón, P., Melepillan, A.; 2009).

6.6.6 Relación entre Función Física y Variables Clínicas

Los adultos mayores evaluados en este estudio, reflejaron un buen funcionamiento físico con una media de 6.0 (rango entre 0-20). Es decir, las personas se sienten poco limitadas y capaces de realizar las actividades de la vida diaria. De acuerdo a la distribución de la población adulta mayor por índice de dependencia funcional, el 81,0% de la población total de adultos mayores en el país son autovalentes, lo que significa que son personas que declaran no presentar dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria (CASEN 2013).

La función física de los adultos mayores, también tiene una relación no menos importante en la aparición de sintomatología depresiva y el aumento en el nivel de ansiedad, ya que como se observa en los resultados de este estudio, a mayor autonomía de las personas, menor nivel de ansiedad y depresión lo que influiría en su bienestar psicológico. En contraposición, si la dependencia de la persona es más elevada, es decir su función física es más limitada para realizar tareas cotidianas, mayor sensación de

frustración e inferioridad lo que podría derivar en sintomatología depresiva y mayor nivel de ansiedad.

Un estudio comparativo longitudinal que evaluó la depresión y ansiedad en relación a la función física, demostró una relación significativa entre capacidad funcional y sintomatología depresiva y ansiosa. En la cual, a mayor capacidad funcional, menor presencia de síntomas depresivos y ansiosos (Stegenga, T. et. al.; 2012).

6.6.7 Relación Apoyo Social y Variables Clínicas

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, existe una correlación positiva entre apoyo social percibido y bienestar psicológico. Esto significa que, a mayor apoyo social percibido, mayor bienestar psicológico. Otras investigaciones también dan cuenta de esta relación, estableciendo que, si bien es cierto, el bienestar psicológico se encuentra influido por diferentes características sociodemográficas como edad, género y estado civil; sin duda existe un predictor importante del bienestar que es la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido (Hicks, Epperly & Barnes, 2001, citado en Vivaldi, F & Barra, E; 2012).

Además, se ha establecido una correlación significativa entre apoyo social, rumiación, depresión y ansiedad; es decir, a mayor apoyo social, menor rumiación y menor sintomatología depresiva y ansiosa. Es importante destacar que el apoyo social puede darse a través de todos aquellos que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual

proporciona un soporte emocional tangible. La dimensión subjetiva de este fenómeno, como percepción y significado otorgado por el individuo a la presencia de dichos elementos, constituye un factor protector de la salud mental que ha sido ampliamente estudiado (Bagés et al., 2008, citado en Dávila, A et al, 2011).

En este sentido, los resultados obtenidos en esta investigación son importantes ya que más del 60% de la muestra reporta que "frecuentemente" o "siempre" recibe apoyo social. Esto se puede deber al hecho de que gran parte de la muestra asiste de forma periódica a clubes de adulto mayor, por lo tanto, tiene una red de apoyo significativa; en esta misma línea, y de acuerdo a la importancia que tiene el apoyo social percibido en la salud mental de los individuos, es posible establecer que, al menos el 60% que manifiesta contar con una red de apoyo importante, será menos proclive o tendrá menor riesgo de presentar depresión, ansiedad y pensamientos rumiativos.

7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Es preciso mencionar que existen pocos estudios realizados en población chilena para estudiar el impacto de los sucesos vitales en la salud mental del adulto mayor. En este sentido, esta información es valiosa no sólo como una exploración de la realidad nacional sino también como una aproximación que sienta las bases para futuras investigaciones orientadas a la prevención e intervención en la salud mental del adulto mayor.

En segundo lugar, los resultados relativos a la validez y fiabilidad de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales sugieren que éstas pueden considerarse una herramienta clínica adecuada para la evaluación del bienestar emocional de las personas mayores. De forma específica, estas escalas permiten evaluar el impacto psicológico actual de sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida de las personas mayores. Las escalas finales permiten evaluar dos tipos de mecanismos: uno disfuncional (el pensamiento rumiativo) y otro funcional (el crecimiento personal).

Dentro de las limitaciones de este estudio, podemos mencionar que éste se realizó con una muestra intencionada perteneciente a centros de salud o contactos informales, sin existir una sistematización que permita una amplia representatividad de todos los sectores económicos y geográficos del país. Sería importante en futuras experiencias establecer muestras más representativas de los distintos sectores de la población adulto mayor.

Por último, el tamaño de la muestra (n=50) sólo permite plantear un modelo explicativo exploratorio sobre el impacto de los sucesos vitales en la salud mental de los adultos

mayores, siendo insuficiente el número de observaciones para asegurar una adecuada potencia estadística en este estudio y la consecutiva generalización de los resultados previamente reportados.

8. CONCLUSIONES

En el presente estudio, se logró determinar el impacto de los sucesos vitales en la salud mental de adultos mayores autovalentes y la existencia de una relación significativa entre los modos de afrontamientos y la sintomatología depresiva y nivel de ansiedad de los adultos mayores.

También se consiguió describir los sucesos vitales, diferenciando entre positivos y negativos. De la misma manera, se describieron los factores de rumiación, crecimiento personal, sintomatología depresiva y nivel de ansiedad con las bases teóricas adecuadas al presente estudio.

De igual modo, una vez obtenidos los resultados, se logró determinar la existencia de una relación significativa de los modos de afrontamiento, tanto estilo rumiativo como crecimiento personal, con la sintomatología depresiva y el nivel de ansiedad, la primera de estas teniendo una relación bastante significativa con la rumiación.

De los análisis realizados, se estableció que existe una relación importante entre los mecanismos de afrontamiento utilizado y el bienestar psicológico, siendo el crecimiento personal la variable más influyente en el bienestar de los adultos mayores. Según estos resultados podemos determinar categóricamente que los modos de afrontamiento, tanto rumiación como crecimiento personal, son mediadores entre la vivencia de sucesos vitales y la salud mental del grupo estudiado.

A través de los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que los mecanismos de afrontamiento influyen en la salud mental de los adultos mayores, dado que, la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva depende del tipo de afrontamiento utilizado (Ver Tabla N°4 y N°5). Con esto se corrobora la primera hipótesis de la investigación.

En relación a los tipos de afrontamiento, se encontró que el estilo de pensamiento rumiativo se ve intensificado con la presencia de algún suceso vital, más aún si el suceso vital tiene connotación negativa, como puede ser la pérdida de un familiar, cónyuge, separación u otros. Según los análisis estadísticos realizados, se logró comprobar que existe una relación significativa entre la rumiación sobre sucesos vitales y la existencia y/o aumento de la sintomatología depresiva. De la misma manera, se logró demostrar que existe una relación menos significativa, pero no menos importante, entre rumiación sobre suceso vitales y el nivel de ansiedad, afectando estas dos variables de forma considerable la salud mental de los adultos mayores evaluados. Los resultados anteriores corroboran la segunda y tercera hipótesis de este estudio, pudiendo ser evidenciada la relación significativa entre rumiación y la sintomatología depresiva y nivel de ansiedad.

Respecto del bienestar psicológico, se logró determinar que se ve afectado por el tipo de afrontamiento utilizado, ya que según los análisis de correlación utilizados se observó que, a mayor uso de estilo de pensamiento rumiativo, sobre sucesos vitales, aumenta la sintomatología depresiva y el nivel de ansiedad, lo que conlleva a una disminución del bienestar psicológico. Sin embargo, en la vereda opuesta, se observó que a

mayor uso del crecimiento personal como modo de afrontamiento existiría un aumento en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Finalmente, con estos resultados encontrados se logra ratificar lo expuesto en la cuarta y quinta hipótesis del estudio, logrando así comprobar todas las hipótesis presentadas al inicio de la investigación y de la misma manera, pudiendo ser evidenciado el impacto de los sucesos vitales en la salud mental de los adultos mayores, lo cual se encuentra respaldado por la literatura revisada.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar S., y Ávila F., (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Revista Gaceta Médica de México*, 2006. 143 (2), 141-148.

Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 2010.* 48, 974-983.

AllanC., Valkanova V. & Ebmeier K. (2014). Depression in older people is underdiagnosed. *Practitioner* 2014. 258 (1771), 19-22.

Almeida da Silva S., Scazufca M. & Menezes P. (2012). Population impact of depression on functional disability in elderly: results from ‘‘Sa˜o Paulo Ageing & Health Study’’ (SPAH). *European* archives of *psychiatry* and *clinical neuroscience,* 2013. *263, 153-158*.

Aviles P., Bustos C., Cova F. y Garcia F., (2014). Afrontamiento y rumiación frente a eventos adversos y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 2014. 20(2).

Baumeister R., Bratslavsky E., Finkenauer C. & Vohs K. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology,* 2001. 5(4), 323-370.

Brown P., Sneed J., Rutherford B., Devanand D. P. & Roose Steven P. (2013). The nuances of cognition and depression in older adults: the need for a comprehensive assessment. *Revista Geriatr Psychiatry*, 2014. 29, 506–514.

Burwell, R. A. & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 2007. 36, 56-65.

Calhoun L. G., Cann, A., Tedeschi R. G. & McMillan J. (2000). A correlational test of the relationship between growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 2000. 13*, 521-527.

Cann, A., Calhoun L. G., Tedeschi R. G., Triplett K. N., Vishnevsky T. & Lindstrom C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress y Coping: An International Journal, 2000. 24*(2), 137-156.

Cardona J., Álvarez M. y Pastrana S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Revista Ciencias de la Salud, 2014. 12(2), 139-55.

Cova F., Rincón P. y Melipillán R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología,2007. 24*(2), 175-183.

Cova, F., Rincón, P. & Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica,* 2009. 27(2), 155-160.

De Santis M., y Villagra I. (2014). Condiciones económicas y capital social como determinantes de la salud y el bienestar subjetivo. El caso de Argentina durante 1995 y 2006. *Cuadernos de Economía,* 2014. 33(63), 543-567.

Durán-Badillo T., Aguilar R. M., Martínez M. L., Rodríguez T., Gutiérrez G. y Vázquez L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. Enfermería Universitaria*, 2013. 10(2), 36-42.

Ehring T. & Watkins E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Theraoy*, 2008. 1(3). 192-205.

Fernández V., Márquez M., Losada A., García P. y Romero R. (2013). Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: el papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2013. 48(4). 161-170.

Flecha A. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. Revista Interuniversitaria, 2015. 25, 319-341.

Flores M., Colunga C., González M., Vega M., Cervantes G., Valle M. y Cruz M. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Uaricha, 2013. 10(21), 1-13.

Fresco D., Frankel A., Mennin D., Turk C. & Heimberg R. (2002). Distinct and Overlapping feactures of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive therapy and Research*, 2002. 26(2), 179-188.

García C. y Gonzáles I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 2000. 16(6), 586-92.

Garnefski N. & Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and individual differences*, 2006. 40, 1659-1669.

González B., Carhuapoma M., Zuñiga E., Mocarro M., Aleixo M., Silva J. (2013). Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Quito*, 2013. 38(1-2), 11-16.

Instituto Nacional de Estadísticas (2014). Compendio Estadístico 2014. Extraído de www.ine.cl.

Llanes M., López Y., Vázquez J. y Hernández R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas La Habana, 2015.* 21(1).

Lyubomirsky S., Nolen-Hoeksema S., Sousa L. & Ward A. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and social psychology bulletin, 2003.* 29(1), 96-107.

Maldonado M. (2015). Well-Being and Depression in Elderly Women and Men Living in Poverty. *Acta de Investigación Psicológica*, 2015. 5 (1), 1815-1830.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association (APA), 2013. Barcelona: Masson, 2003.

Martínez F., Martínez A., Jaramillo C., Valenzuela I. y Cova F. (2013). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumático. *Revista Liberabit*, *2*014. 20(1), 121-130.

Ministerio de Desarrollo Social (2012). Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2015. Descargado de www.senama.cl

Ministerio de Desarrollo Social (2013). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) 2013. Descargado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/.

Ministerio de Desarrollo Social (2014). Servisio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA 2014. Cuenta Pública de gestión 2014. Descargado de www.senama.cl

Ministerio de Salud, MINSAL (2011). Encuesta Nacional de Salud, ENS Chile 2009-2010. Descargado de www.minsal.cl.

Morris B. A. & Shakespeare-Finch J. (2011). Rumination, posttraumatic growth, and distress: Structural equation modeling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *20*(11), 1176-1183.

Muratori M., Delfino G. y Zubieta E. (2012). Sucesos vitales y Bienestar. Facultad de psicología-UBA. Se cetaria de investigaciones. Anuario de investigaciones. Vol.XIX. Descargado de http://www.academia.edu/17006418/Sucesos_vitales_y_bienestar.

Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *1991. 100,* 569-582.

Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511.

Nolen-Hoeksema S., Stice E., Wade E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, subtance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 2007. 116(1). 198-207.

Nolen-Hoeksema S., Wisco B. & Lyubomirsky S. (2008). Rethinking rumination. Perspectives on psichological science. 2008. 3(5), 400-424.

Noriega J., Sotelo T. y Domínguez M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adulto mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación,* 2005. 7(2), 57-78.

Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Clasificación internacional de enfermedades (CIE). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002. Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2002. 37(S2), 74- 105.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012. La depresión. Octubre de 2012; Nota descriptiva No 369. Descargado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Descargado de www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental.

Organización Mundial de la Salud. La depresión. Septiembre de 2013; Nota descriptiva No 381. Extarido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

Osorion P., Torrejón M. y Anigstein M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Médica Universidad de Chile*, 2011. 24, 61-75.

Páez D., Bilbao M. y Javaloy F. (2008). Del trauma a la felicidad: Los hechos negativos extremos pueden generar creencias positivas y crecimiento personal. Capítulo en M. Martina Casullo (Ed.). Prácticas en Psicología Positiva. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2008.

Papageorgiou C. & Wells, A. (2004). Depressive rumiation: nature, theory and treatment. Descargado de http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/LT2003.pdf

Plieger T., Melchers M., Montag C., Meermann R. & Reuter M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Revista Burnout Research, 2015.* 2, 19–24.

Riverón K. y Jocik G. (2013). Sociedad y persona adulta mayor. Significados para percibir bienestar subjetivo. *Revista Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 2013. 141, 87-95.

Robinson M. & Alloy L. (2003). Negative cognitive syles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3), 275-292.

Romero L., Orozco M. y Méndez A. (2013). Renacer: Reencuentro con los sentimientos" favorece la participación social y calidad de vida de adultos mayores UniverSalud. 2013. 9(17), 3-11.

Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA 2013. Chile y sus mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de vida en la vejez 2013. Extraído de www.senama.cl

Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Cuenta Pública de Gestión 2010-2013. Extraído de www.senama.cl

Siegle G., Moore P. & Thase M. (2004). Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy and Researc*. 28(5), 645-668.

Spasojevic J. & Alloy L. (2001). Rumination as a common mechanism depressive risk factors to depression. *Emotion.* 1(1), 25-37.

Stockton H., Hunt N. & Joseph S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress,* 24(1), 85-92.

Szot J. (2003). La transición demográfico-.Epidemiológica en Chile, 1960- 2001. *Revista Española de la Salud Pública,* 2003. 77, 605-613.

Tedeschi R. G. & Calhoun L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, *15*(1), 1-18.

Tiong W.W., Yap P., Huat Koh G., Phoon Fong N. & Luo N. (2012). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health,* 2013. 17(6), 724–731.

Trapnell P. D., & Campbell J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999. 76(2), 284–304.

Treynor W., González R. & Nolen-Hoeksema S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research,* 2003. *27*(3), 247-259.

Triplett K., Tedeschi R. G., Cann A., Calhoun L. G. & Reeve C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(4), 400-410.

Urzúa A., Bravo M., Ogalde M. y Vargas C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor". *Rev Med Chile,* 2011. 139, 1006-1014.

Varela L. y Gallego E. (2015). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc Uptc*. 2015. 2(1), 7-14.

Vivaldi F. y Barra E. (2010). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 2012. 30(2), 23-29.

Watkins E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 2008. 134(2), 163-206.

Whitmar A. & Gotlib I. H. (2011). Brooding and reflection reconsidered: a factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 99-107.

Wuthrich V. & Rapee R. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Revista Behaviour Research and Therapy, 2013.* 51, 779-786.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento certifica que yo, _____, he recibido la siguiente información:

1) El propósito de la investigación es conocer algunas características psicológicas de la personas mayores de 60 años.

2) La entrevista, basada en preguntas, que se realizará hoy tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Entiendo que tengo libertad para irme en todo momento o para no responder a cualquier pregunta que no desee responder. Asimismo, entiendo que tengo derecho a que se me explique en detalle el propósito de las tareas y a solicitar en cualquier momento que se me aclarare cualquier duda que se me pueda presentar.

3) La participación es totalmente voluntaria y que no tendrá ninguna consecuencia negativa sobre servicios que esté recibiendo o pueda recibir de otras instituciones.

4) La información recogida es totalmente confidencial y mi nombre o cualquier dato que pudiera identificarme no será difundido ni usado de ninguna manera.

5) Si tengo alguna duda o cuestión en el futuro puedo consultar directamente al responsable de la investigación, Claudia Miranda Castillo, de la Universdidad de Valparaíso; Valparaíso, Chile. e-mail: Claudia.miranda@uv.cl

Valparaíso, a _____ de _____ de 201__

Fdo.: Participante_____ Fdo.: Entrevistador_____

*Una copia para el participante y una para el interesado

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

EDAD: _____años	**SEXO:** Mujer 1 Hombre 2

ESTADO CIVIL	Casado 0	Viudo 1	Soltero 2	Divorciado 3	Separado 4

¿Cuántos AÑOS ha estudiado aproximadamente (colegio, instituto, estudios profesionales y /o universidad) hasta la fecha? …….. **años**

- ¿Cómo considera **su salud?**

Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy mala
0	1	2	3	4

- ¿Tiene usted **alguna enfermedad DIAGNOSTICADA** (cáncer, problemas cardiacos, hipertensión, fibromialgia, depresión, ansiedad, etc.?**: Si ☐ No ☐**

En caso afirmativo: **¿Cuál/es?**_____

- ¿Considera que sus **condiciones ECONÓMICAS** actuales son SUFICIENTES para afrontar adecuadamente el día a día?

☐ Sí ☐ No

- **Responda con la respuesta que más se ajuste con su usted (VITALIDAD)**

	Nunca	**Solo alguna vez**	**Algunas veces**	**Muchas veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	0	1	2	3	4	5
2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	0	1	2	3	4	5
3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	0	1	2	3	4	5
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	0	1	2	3	4	5

- Por favor, responda en relación a su salud: (FUNCIÓN FÍSICA-SALUD)

	No, no me limita nada	Si, me limita un poco	Si, me limita mucho
1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	0	1	2
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	0	1	2
3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	0	1	2
4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	0	1	2
5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	0	1	2
6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	0	1	2
7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	0	1	2
8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	0	1	2
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	0	1	2
10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?	0	1	2

A continuación se le presentan unas frases que describen cómo usted podría haberse sentido durante la SEMANA PASADA. (DEPRESIÓN)

	Raramente o nunca (menos de 1 día)	Alguna vez o pocas veces (1 o 2 días)	Ocasional-mente o varias veces (3 o 4 días)	Todo el tiempo (5-7 días)
1- Me molestaron cosas que habitualmente no me molestan	0	1	2	3
2- No tuve hambre; tenía poco apetito.	0	1	2	3
3- Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos.	0	1	2	3
4- Sentí que era, al menos, tan bueno como otras personas.	0	1	2	3

	Raramente o nunca (menos de 1 dia)	Alguna vez o pocas veces (1 o 2 días)	Ocasional-mente o varias veces (3 o 4 días)	Todo el tiempo (5-7 días)
5- Tuve problemas para concentrarme en lo que hacía.	0	1	2	3
6- Me sentí deprimido.	0	1	2	3
7- Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8- Me sentí optimista sobre el futuro.	0	1	2	3
9- Pensé que mi vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
10- Me sentí temeroso.	0	1	2	3
11- Mi sueño era inquieto, no descansaba.	0	1	2	3
12- Estaba contento.	0	1	2	3
13- Hablaba menos de lo habitual.	0	1	2	3
14- Me sentí solo/a.	0	1	2	3
15- La gente me resultaba antipática.	0	1	2	3
16- Disfruté la vida.	0	1	2	3
17- Lloré en ocasiones.	0	1	2	3
18- Me sentí triste.	0	1	2	3
19- Sentí que no le gustaba a la gente.	0	1	2	3
20- No tenía ganas de nada.	0	1	2	3

Durante el **mes pasado**, hasta qué punto **ha realizado** alguna de las siguientes actividades: (OCIO)

	Nada	Un poco	Término medio	Bastante	Mucho
1. Estar tranquilo	0	1	2	3	4
2. Ir a la iglesia u otras reuniones de grupos u organizaciones	0	1	2	3	4
3. Aficiones u otros intereses	0	1	2	3	4
4. Ir a comer o cenar fuera o a otras actividades sociales	0	1	2	3	4
5. Pasar buenos ratos con otras personas	0	1	2	3	4
6. Visitar a la familia y/o amigos	0	1	2	3	4

A continuación, se muestran unas preguntas sobre algunos **ACONTECIMIENTOS VITALES IMPORTANTES.** Estos acontecimientos se muestran en la 1º COLUMNA:

- Si algún acontecimiento **NO LE HA OCURRIDO**, por favor, señálelo en la 2º COLUMNA, rodeando con un círculo **"NO"** y NO CONTESTE a las siguientes columnas, podrá continuar con el siguiente acontecimiento.

- Si estos acontecimientos **SI LE HAN OCURRIDO**, por favor, señálelo en la 2º COLUMNA rodeando con un círculo **"SI",** y a continuación, RESPONDA A LAS PREGUNTAS que se muestran en las COLUMNAS SIGUIENTES, rodeando con un círculo la respuesta que considere oportuna en cada caso.

SUCESOS VITALES	¿Le ha OCURRIDO este acontecimiento en su vida?		¿Hasta qué punto ha EXTRAÍDO ALGO POSITIVO (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?				¿Con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole MALESTAR o AMARGURA?			
	SI	NO	Nada	Algo	Bastante	Mucho	Nunca	Alguna vez	Bastante	Mucho
1. Matrimonio (+)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Nacimiento de hijos/nietos (+)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Separación/divorcio (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Fallecimiento cónyuge (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Fallecimiento de otro familiar cercano (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Conflicto familiar importante (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
7.Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Conocer nuevas amistades (+)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Conflictos con amistades (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3

11. ¿Algún viaje realizado? (+)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Experiencias o cambios de tipo laboral (+)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
13. Problemas económicos (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (p.ej., accidente de tráfico) (-)	Si	No	0	1	2	3	0	1	2	3

Generalmente, ¿usted diría que SE ABURRE?

Nunca o casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
0	1	2	3

Generalmente ¿se siente usted SOLO/SOLA?

Nunca o casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
0	1	2	3

Por favor, marque con una cruz la respuesta que más se ajuste a su situación (ANSIEDAD)

	SI	NO
1. Me paso mucho tiempo preocupado	0	1
2. Me resulta difícil tomar una decisión	0	1
3. A menudo me siento asustadizo	0	1
4. Me resulta difícil relajarme	0	1
5. A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones	0	1
6. Las pequeñas cosas me molestan mucho	0	1
7. A menudo siento hormigueo en mi estómago	0	1
8. Me considero una persona preocupadiza	0	1
9. No puedo evitar preocuparme por cosas triviales	0	1
10. A menudo me siento nervioso	0	1
11. Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso	0	1
12. Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones	0	1
13. Me considero una persona nerviosa	0	1
14. Siempre anticipo que ocurrirá lo peor	0	1
15. A menudo me siento tembloroso	0	1
16. Creo que mis preocupaciones interfieren en mi vida	0	1
17. Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia	0	1
18. Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago	0	1
19. Me pierdo cosas porque me preocupo mucho	0	1
20. A menudo me siento alterado	0	1

(BIENESTAR PSICOLÓGICO)	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre	SIEMPRE
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	0	1	2	3	4	5
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	0	1	2	3	4	5
3. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	0	1	2	3	4	5
4. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	0	1	2	3	4	5
5. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	0	1	2	3	4	5
6. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	0	1	2	3	4	5
7. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	0	1	2	3	4	5
8. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mi mismo	0	1	2	3	4	5
9. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mi mismo que cambiaría	0	1	2	3	4	5
10. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	0	1	2	3	4	5
11. En general, siento que soy responsable	0	1	2	3	4	5

(BIENESTAR PSICOLÓGICO)	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre	SIEMPRE
de la situación en la que vivo						
12. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	0	1	2	3	4	5
13. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	0	1	2	3	4	5
14. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	0	1	2	3	4	5
15. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	0	1	2	3	4	5
16. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	0	1	2	3	4	5
17. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	0	1	2	3	4	5
18. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	0	1	2	3	4	5
19. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida	0	1	2	3	4	5
20. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	0	1	2	3	4	5
21. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en	0	1	2	3	4	5

(BIENESTAR PSICOLÓGICO)	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre	SIEMPRE
la vida diaria						
22. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida	0	1	2	3	4	5
23. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida	0	1	2	3	4	5
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	0	1	2	3	4	5
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mi	0	1	2	3	4	5
26. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está	0	1	2	3	4	5
27. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafien lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo	0	1	2	3	4	5
28. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	0	1	2	3	4	5
29. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	0	1	2	3	4	5
30. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	0	1	2	3	4	5

(BIENESTAR PSICOLÓGICO)	NUNCA	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre	SIEMPRE
31. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	0	1	2	3	4	5
32. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	0	1	2	3	4	5
33. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	0	1	2	3	4	5
34. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mi	0	1	2	3	4	5
35. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes	0	1	2	3	4	5
36. tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	0	1	2	3	4	5
37.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	0	1	2	3	4	5
38. Es difícil para mi expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	0	1	2	3	4	5
39. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo	0	1	2	3	4	5

Las personas nos diferenciamos, entre otras cosas, en lo que pensamos y hacemos cuando estamos tristes, abatidas o melancólicas. Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación y, tras cada una de ellas, indique la **frecuencia con la que piensa o actúa de esa manera SIEMPRE QUE SE ENCUNTRE TRISTE, ABATIDO O MELANCÓLICO**. Por favor, **piense en cómo se comporta, no en cómo cree que debería comportarse (RUMIACIÓN)**

	Nunca	**A veces**	**Frecuentemente**	**Siempre**
1.Piensa en lo solo/a que te sientes	0	1	2	3
2.Piensa en sus sentimientos de cansancio y dolor	0	1	2	3
3.Piensa en lo difícil que le resulta concentrarse	0	1	2	3
4.Piensa en lo apático/a y desganado/a que se siente	0	1	2	3
5. Piensa: "¿Por qué no puedo seguir adelante?"	0	1	2	3
6. Piensa en una situación negativa reciente, deseando que las cosas hubieran ido mejor	0	1	2	3
7. Piensa en lo triste que se siente	0	1	2	3
8. Piensa en todos sus fracasos, sus fallos, sus errores y defectos	0	1	2	3
9. Piensa en lo poco que le apetece hacer nada	0	1	2	3
10. Piensa: "Pero, ¿por qué no puedo manejar mejor las situaciones?"	0	1	2	3

A continuación, aparecen algunas frases. Por favor, piense hasta qué punto cada una de ellas se aplica a usted (le define), EN GENERAL. (EVITACIÓN EXPERIENCIAL)

	Nunca	Rara-mente	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha	1	2	3	4	5	6	7
2. Muchas veces me doy cuenta de que estoy pensando en cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad	1	2	3	4	5	6	7
3. Cuando estoy deprimido o con ansiedad no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades	1	2	3	4	5	6	7
4. Me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis sentimientos me dan miedo	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando valoro algo de forma negativa, suelo darme cuenta de que es sólo mi forma de verlo y no un hecho objetivo	1	2	3	4	5	6	7
7. Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo	1	2	3	4	5	6	7
8. La ansiedad es mala	1	2	3	4	5	6	7
9. Si pudiera borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida, lo haría.	1	2	3	4	5	6	7

A continuación, le pedimos que señale cuál de las respuestas posibles le parece más ajustada al enunciado que planteamos. (APOYO SOCIAL)

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
1. Tengo amigos o familiares allegados que me visitan en casa.	0	1	2	3
2. Cuando lo necesito hay alguna persona que me expresa afecto y me anima.	0	1	2	3
3. Cuando lo necesito hay alguien que me alienta a que exprese mis ideas y pensamientos	0	1	2	3
4. Cuando lo necesito tengo a alguien que me puede prestar una ayuda económica o material importante.	0	1	2	3
5. Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mis problemas.	0	1	2	3
6. Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas.	0	1	2	3